

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4089/2024

ATAS/703/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 septembre 2025

Chambre 16

En la cause

A _____
représenté par BCPA Sàrl, soit pour elle Walter HUBER,
mandataire

recourant

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Justine BALZLI, présidente ; Yves MABILLARD et Christine TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1996, collabore à plein temps au service du B_____ depuis le 1^{er} décembre 2022. À ce titre, il est assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 17 janvier 2024, il a glissé sur de la glace et s'est blessé au niveau du genou gauche. Cet accident a été déclaré à l'assurance le 23 janvier 2024.
- B.** **a.** Le rapport de l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche du 9 février 2024, qui mentionnait sous « Indication » : « Torsion du genou gauche il y a trois semaines. Douleurs en extension de la jambe fléchie. Lésion méniscale ? », a conclu à un status après ancienne rupture complète du ligament croisé antérieur, à un aspect compatible avec une probable atteinte partielle plus récente de la partie proximale du ligament croisé postérieur qui présentait un aspect hétérogène sans discontinuité, et à une fissure profonde et focale du cartilage de la rotule à la limite entre la crête et la facette externe de la rotule occupant au moins la moitié de l'épaisseur du cartilage.
- b.** Dans un rapport du 15 février 2024, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré, après avoir glissé sur une plaque de glace au mois de janvier 2024 avec une chute, éprouvait douleurs, limitations fonctionnelles et épanchement, puis sensations de dérobage de son genou gauche. L'assuré effectuait un travail administratif, mais il pratiquait de nombreux sports. À l'examen clinique, il existait un léger épanchement, et dans le plan sagittal, une importante laxité antérieure avec un Lachman positif et un pivot shift positif. Les tests méniscaux étaient négatifs. Compte tenu du bilan radio-clinique qui faisait état d'une rupture du ligament croisé antérieur, le médecin a expliqué à l'assuré que deux traitements étaient possibles, l'un conservateur l'autre chirurgical.
- c.** Dans un questionnaire sur les circonstances de l'événement rempli le 27 février 2024 (en anglais), l'assuré a déclaré avoir marché sur une fine couche de glace, avoir perdu l'équilibre et chuté, provoquant une torsion au niveau de son genou. Il s'était relevé et boitait.
- d.** Par appréciation non datée, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'assurance, a mentionné qu'une ligamentoplastie était prévue prochainement par le Dr C_____ pour le ligament croisé antérieur. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale envisagée pour la lésion partielle du ligament croisé postérieur. Le médecin-conseil relevait l'absence de lésion méniscale associée. Les données claires de l'examen IRM réalisé faisaient état d'une ancienne rupture du ligament croisé postérieur (*recte* : antérieur). Lors de l'événement, l'assuré avait présenté un épisode d'instabilité à la suite d'une chute sur la glace avec un ligament déjà

rompu. Il existait donc un état antérieur dégénératif, préexistant qui avait été déstabilisé de façon temporaire en l'absence de nouvelles lésions structurelles. Ce type de contusion cessait de déployer ses effets délétères au bout de deux mois et le *statu quo* était atteint le 17 mars 2024.

e. Par appréciation du 2 avril 2024 (en italien), le docteur E_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, a indiqué être d'accord avec l'appréciation précédente de son confrère ; l'IRM mettait en évidence des lésions préexistantes du LCA (ligament croisé antérieur).

f. Par courrier du 4 avril 2024, l'assurance a informé l'assuré que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard huit semaines après l'événement et que les éventuels frais médicaux supplémentaires, en particulier l'intervention programmée pour le 26 mars 2024, ne seraient pas indemnisés. Elle renonçait à demander le remboursement des frais de soins déjà payés après le 13 mars 2024. Toute absence supplémentaire de travail ne serait pas couverte par l'assurance-accidents.

g. Dans un rapport du 26 avril 2024, le docteur F_____, spécialiste en médecine interne générale, a affirmé que l'assuré n'avait aucun problème avec son genou et jouait au football sans souci. C'était à la suite de sa chute le 17 janvier écoulé, lors de laquelle il avait entendu un « pop », qu'il présentait une impotence fonctionnelle. L'IRM montrait une rupture complète du ligament croisé antérieur. Il était très clair que cette lésion était due à l'accident. Il aurait été impossible de jouer au football les jours précédents avec une telle lésion.

h. Par courrier du 14 mai 2024, l'assuré a contesté la position de l'assurance, en faisant valoir que la preuve du *statu quo ante vel sine* n'était pas apportée.

i. Par décision du 20 juin 2024, l'assurance a mis un terme aux prestations au 13 mars 2024. Elle a rappelé les conclusions du Dr E_____ qui s'était exprimé en ces termes : « Personnellement, je considère que l'événement n'a pas causé de dommages aigus significatifs aux ligaments ou aux ménisques compte tenu de l'IRM, mais a plutôt mis en évidence des lésions préexistantes du LCA qui nécessitent maintenant une intervention reconstructive avec le PLCA et le LAL (à la suite d'une instabilité). Pour les conséquences du traumatisme distorsif présenté, il était approprié de considérer que le *statu quo* est atteint huit semaines après l'événement et que les soins supplémentaires doivent être traités dans le cadre d'autres régimes d'assurance ».

- C. a.** Par lettre du 5 août 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision, en sollicitant le versement des prestations au-delà du 13 mars 2024. Il se demandait si le Dr E_____, en sa qualité de généraliste, était le bon interlocuteur pour trancher une question de causalité dans le domaine de la chirurgie orthopédique. Son rapport ne contenait par ailleurs aucune motivation qui justifierait que les atteintes constatées seraient préexistantes à l'accident du 17 janvier 2024.

À l'appui de son opposition, l'assuré a joint un rapport du Dr C_____ du 19 juillet 2024 posant le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur du genou

gauche et d'instabilité limitant la fonction. Le traitement médical consistait en de la physiothérapie. Avant la chute de janvier 2024, le patient présentait un genou stable lui permettant de faire des activités sportives. Il était donc possible que ce traumatisme ait causé la rupture du ligament croisé antérieur mise en évidence sur l'IRM de février 2024.

b. Par appréciation du 3 octobre 2024 (en allemand), le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de l'assurance, a indiqué être totalement d'accord avec l'évaluation du Dr E_____. Il a précisé avoir soumis l'IRM au docteur H_____, spécialiste en radiologie (dont l'appréciation du 30 septembre 2024 figurait en annexe), qui relevait qu'il n'y avait aucune indication d'une lésion récente du ligament croisé antérieur. Trois semaines après le traumatisme, en cas de lésion récente du LCA, il y aurait dû avoir une contusion osseuse (« *bone bruise* » typique, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Le Dr G_____ en a tiré la conclusion qu'il s'agissait ici d'une ancienne rupture chronique du ligament croisé antérieur, voire, dans le cadre d'un diagnostic différentiel, d'une hypoplasie du LCA, qui n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 17 janvier 2024.

c. Par décision du 7 novembre 2024, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, en s'appuyant sur l'appréciation du Dr G_____. Dans son rapport du 19 juillet 2024, le Dr C_____ fondait son raisonnement sur le principe « *post hoc ergo propter hoc* », non valable en droit des assurances sociales. Par ailleurs, ce médecin ne retenait qu'une causalité possible avec la chute. Elle avait à juste titre pris en charge les suites de l'entorse subie pour une période de huit semaines seulement. Les avis concordants des médecins-conseils emportaient force probante et conviction.

D. **a.** Par acte du 9 décembre 2024, l'assuré a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 7 novembre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi des prestations au-delà du 13 mars 2024, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction au sens des considérants.

Les rapports de ses médecins traitants étaient de nature à soulever des doutes sur l'appréciation des médecins-conseils, de sorte que l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise externe.

b. Par réponse du 30 janvier 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Il ne suffisait pas de produire des avis médicaux contredisant l'avis des médecins-conseils pour que la réalisation d'une expertise médicale soit justifiée. Encore fallait-il que ces rapports amènent des éléments propres à jeter le doute sur les conclusions des médecins-conseils. Cela n'était nullement le cas en l'espèce. Le rapport du Dr F_____ du 26 avril 2024 et celui du Dr C_____ du 19 juillet 2024 avaient été soumis au Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui

avait par ailleurs fait appel à un radiologue, le Dr H_____, afin de vérifier son interprétation de l'IRM. Les médecins traitants ne livraient pas d'éléments à l'appui d'une lésion fraîche du ligament croisé antérieur. Par ailleurs, le Dr C_____ était réservé quant au lien de causalité, le qualifiant de possible uniquement.

c. Par réplique du 31 mars 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a produit un rapport du Dr C_____ du 27 février 2025, dans lequel ce médecin affirmait que le lien de causalité entre l'accident de janvier 2024 et la rupture du ligament croisé antérieur était plus que vraisemblable.

d. Par duplique du 25 avril 2025, l'intimée a maintenu sa position.

Elle a constaté que le Dr C_____, après avoir qualifié de « possible » le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'affection au niveau du genou gauche dans son rapport du 19 juillet 2024, estimait dans son nouveau rapport du 27 février 2025 que ce lien était plus que vraisemblable. Un tel revirement était pour le moins surprenant, d'autant plus que les conclusions dudit médecin reposaient uniquement sur le fait que le recourant s'adonnait avant l'accident à de nombreux sports sans difficulté, sports qu'il ne pouvait désormais plus pratiquer. Le principe *post hoc ergo propter hoc*, sur lequel s'appuyait le Dr C_____, n'était pas valable en droit des assurances sociales.

Il n'était pas contesté que l'IRM mettait en évidence une rupture du ligament croisé antérieur. Toutefois, au vu des avis motivés et concordants de ses médecins-conseils, cette lésion était préexistante à l'accident.

e. Le 29 juillet 2025, le recourant a versé au dossier :

- un rapport du 21 février 2025 du docteur I_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), posant le diagnostic du ligament croisé antérieur du genou gauche, et relevant qu'une intervention était planifiée pour le 24 mars 2025 ;
- un compte-rendu opératoire du 27 mars 2025 établi par le Dr I_____, mentionnant que l'intervention chirurgicale du 24 mars écoulé avait consisté en une arthroscopie du genou gauche : reconstruction du ligament croisé antérieur par TQ et ténodèse antéro-latérale ;
- une lettre de sortie des soins aigus du 8 avril 2025 établie par le département de chirurgie des HUG, indiquant que le recourant avait bénéficié durant son hospitalisation jusqu'au 26 mars 2025 de physiothérapie de rééducation à la marche qui se déroulait sans problème et qu'il était rapidement autonome ;
- des notes de suite des 25 avril et 2 juillet 2025 signées par le docteur J_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, faisant état de la poursuite de la physiothérapie ; et

- un questionnaire préétabli, complété par le Dr J_____ le 4 juillet 2025, qui estimait que le lien entre l'accident du 17 janvier 2024 et l'opération du genou gauche du recourant était certain, au motif que le mécanisme torsionnel du genou gauche en glissant avec une tuméfaction et instabilité du genou était très hautement suspect d'une lésion du ligament croisé antérieur, que ce diagnostic était confirmé quelques jours après par IRM, et qu'il n'y avait pas d'autres événements rapportés pouvant expliquer ce diagnostic.

f. Dans ses observations du 19 août 2025, l'intimée a maintenu ses conclusions, en considérant que, dans son rapport du 4 juillet 2025, le Dr J_____ suivait le même raisonnement non convaincant que celui du Dr C_____. Pour le surplus, elle a renvoyé aux conclusions du Dr G_____ du 3 octobre 2024 et au rapport du Dr H_____ du 30 septembre 2024 ainsi qu'à ses précédentes écritures.

g. Copie de cette écriture a été transmise au recourant pour information le 22 août 2025.

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. 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).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours prévus par la loi (art. 60 LPGA ; art. 38 al. 3 LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 13 mars 2024, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre son atteinte au niveau du genou gauche et l'accident au-delà de cette date.
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).

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).

Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

3.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté par l'intimée que la chute survenue le 17 janvier 2024 après que le recourant eut glissé sur de la glace et perdu l'équilibre est constitutive d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Par ailleurs, le rapport d'IRM du genou gauche du 9 février 2024 a objectivé notamment une rupture complète du ligament croisé antérieur, lésion qui figure dans la liste de l'art. 6 al. 2 let. g LAA. Dans ce cas de figure, conformément à la jurisprudence, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA.

Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51, la question du lien de causalité entre cette lésion et l'accident du 17 janvier 2024.

- 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).

4.1.1 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). 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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

4.1.2 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de

celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

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

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).

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).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

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

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 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).

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).

4.3 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).

4.4 En l'espèce, l'intimée a pris en charge les suites de l'entorse au genou gauche du recourant jusqu'au 13 mars 2024, date à compter de laquelle elle a estimé que les troubles persistants n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident.

Les Drs D_____, E_____ et G_____, médecins-conseils de l'intimée s'accordent pour dire que l'intervention chirurgicale de la rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche du recourant n'est pas à la charge de l'assurance-accidents, au motif que cette atteinte n'est pas imputable à l'accident du 17 janvier 2024. En particulier, le Dr G_____, orthopédiste, a sollicité l'avis du Dr H_____, radiologue, qui, après avoir examiné l'IRM du genou gauche du 6 février 2024, est parvenu à la conclusion que cette imagerie n'a pas mis en évidence une lésion récente du ligament croisé antérieur, en l'absence d'un « *bone bruise* » typique. Le Dr G_____ en a inféré que la rupture du ligament croisé antérieur, préexistante à l'accident, est due exclusivement à des causes étrangères à l'accident.

L'appréciation des Drs H_____ et G_____, qui repose sur l'examen de l'IRM précitée, seule pièce décisive au dossier, et qui est étayée, emporte la conviction, d'autant que les rapports des Drs F_____ et C_____ des 26 avril 2024 et 19 juillet 2024, tous deux médecins traitants du recourant, ne sont pas susceptibles de mettre en doute la fiabilité et la pertinence des constatations de leurs confrères (radiologue et orthopédiste). En effet, l'argumentation des médecins traitants, selon laquelle le recourant ne présentait pas auparavant une atteinte au genou gauche, dès lors qu'il pratiquait des activités sportives sans problème avant l'accident, contient uniquement des éléments d'un raisonnement de type *post hoc ergo propter hoc*, ce qui ne permet pas de conclure à un lien de causalité. Par ailleurs, le second médecin traitant, dans son avis du 19 juillet 2024 précité, mentionne que le rapport de cause à effet entre l'accident et la rupture du ligament

croisé antérieur est possible uniquement, ce qui ne suffit pas non plus à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident.

Le rapport du Dr C_____ du 27 février 2025, produit dans le cadre de la présente procédure, n'est pas non plus de nature à jeter le discrédit sur l'appréciation des Drs H_____ et G_____. En effet, le médecin traitant ne remet pas en question les explications de ces derniers selon lesquelles, en l'absence d'un « *bone bruise* » typique sur l'imagerie, la lésion du ligament croisé antérieur n'est pas due à l'accident. Il se contente de répéter que le recourant pratiquait sans difficulté de nombreux sports avant l'accident, et conclut, cette fois, que le lien de causalité entre la rupture du ligament croisé antérieur et l'accident est plus que vraisemblable, sans faire état du moindre élément objectif médical qui aurait été ignoré par ses confrères (radiologue et orthopédiste) et qui justifierait de requalifier ce rapport de cause à effet de « vraisemblable ».

Enfin, le rapport du 4 juillet 2025 du Dr J_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, versé à la procédure par le recourant, ne lui est d'aucun secours. En effet, d'une part, la torsion du genou gauche, la tuméfaction et l'instabilité de ce genou, dont ce médecin fait état, sont des éléments déjà connus par tous les médecins ayant examiné le dossier du recourant. D'autre part, le Dr J_____ se borne à indiquer qu'il n'y a pas d'autres événements que l'accident du 17 janvier 2024 pouvant expliquer la lésion du ligament croisé antérieur. Force est de constater qu'il ne remet pas en cause les explications circonstanciées des Drs H_____ et G_____ selon lesquelles cette lésion n'est pas imputable à l'accident, faute d'un « *bone bruise* » typique sur l'IRM du 6 février 2024. Il est rappelé que 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.

4.5 C'est par conséquent à juste titre que l'intimée n'a pas pris en charge l'intervention chirurgicale en relation avec la rupture ancienne du ligament croisé antérieur.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
6. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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