

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4106/2024

ATAS/1031/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 décembre 2025**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par ASSUAS Association suisse des assurés, mandataire

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1977, originaire de Colombie, arrivé en Suisse en 2009, travaillait en tant que parqueteur et poseur de sols lorsque, le 14 janvier 2014, il a chuté dans un escalier et s'est blessé à l'épaule droite, ce qui a eu pour conséquence une totale incapacité de travail.

Le cas a été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).

Finalement, l'assuré a repris son activité à un taux réduit.

- b.** Le 7 janvier 2017, l'assuré a chuté à son domicile, ensuite de quoi il a souffert de douleurs au genou droit.

Par décision du 3 janvier 2018, la SUVA a refusé de prendre le cas en charge, faute de lien de causalité certain, ou même probable, entre l'événement de janvier 2017 et les troubles annoncés.

Par décision du 21 février 2018, la SUVA a déclaré l'opposition formée par l'assuré le 6 février 2018 irrecevable pour cause de tardiveté, ce que la Cour de céans a confirmé dans un arrêt du 31 mai 2018 (ATAS/464/2018).

Par courrier du 5 novembre 2018, l'assuré a demandé à la SUVA de reconsidérer sa position, ce qu'elle a refusé par décision formelle du 23 septembre 2019.

Le 24 octobre 2019, l'assuré a alors sollicité la révision procédurale de la décision du 3 janvier 2018, demande que la SUVA a rejetée par décision du 9 décembre 2019, confirmée sur opposition le 13 février 2020. Le recours interjeté par l'assuré a été rejeté, tant par la Cour de céans (ATAS/1069/2021 du 14 octobre 2021) que par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_778/2021 du 1<sup>er</sup> juillet 2022).

- c.** Par la suite, l'assuré a bénéficié de prestations (indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) de la part de la SUVA, en raison de troubles à la jambe gauche en lien avec un troisième accident, survenu le 29 juin 2021.

Dans ce cadre, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR), du 5 au 30 mars 2024. Il se plaignait également de son genou droit, raison pour laquelle la CRR a procédé à diverses investigations à ce niveau-là également, bien que le séjour de l'assuré eût pour objectif d'investiguer les atteintes au membre gauche, en lien avec l'accident survenu en 2021.

Dans son rapport du 12 avril 2024, la CRR a retenu à titre de diagnostic principal : des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs persistantes au niveau ischio-jambier gauche ; à titre de diagnostic secondaire : une rupture complète proximale des tendons ischio-jambiers à gauche avec rétraction tendineuse suffusion exsudative et hémorragique le 29 juin 2021 et une méniscopathie interne droite de la corne postérieure le 29 mars 2024.

La fin des prestations a fait l'objet d'une décision, en date du 21 août 2024, contestée par l'assuré le 19 septembre 2024.

- B.** **a.** Parallèlement, le 18 septembre 2023, l'assuré a rempli une déclaration d'accident, dont il ressort que, le 30 août 2023, il a été victime d'un quatrième accident : il a manqué la marche d'une échelle qu'il descendait en marche arrière et ressenti à cette occasion une douleur au genou droit.

Cette douleur persistant durant quelques jours, l'assuré a pris rendez-vous chez son médecin traitant, qui l'a reçu en consultation le 5 septembre 2023. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée le 8 septembre 2023 et un rendez-vous a été pris avec le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour le 12 octobre 2023.

**b.** La SUVA a pris en charge le traitement médical, l'assuré étant au bénéfice d'indemnités journalières par le biais de l'événement annoncé en 2021.

**c.** Le 11 septembre 2023, le docteur C\_\_\_\_\_, radiologue, après IRM du genou droit du 8 septembre 2023, a conclu à une lésion méniscale. Dans sa description de l'examen, le médecin a relevé une chondropathie focale de grade II-III, l'absence de lésion osseuse post-traumatique, une rotule correctement centrée, une lésion « en bec de perroquet » de la corne postérieure du ménisque interne, avec fragment méniscal d'environ 13 mm subluxé inférieurement et médialement, l'absence d'anomalie ligamentaire, une intégrité des tendons, ainsi qu'une ébauche de kyste de Baker.

**d.** Dans un rapport du 5 octobre 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné l'assuré dans les suites d'une entorse du genou droit. Le patient avait fait un mouvement d'entorse du genou avec, par la suite, douleurs et limitations fonctionnelles. Depuis l'événement, les douleurs étaient en légère amélioration, mais le patient restait tout de même gêné par des douleurs postéro-latérales. À l'examen clinique, le status cutané était sans particularité. Une IRM avait mis en évidence une atteinte méniscale interne. Des séances de physiothérapie étaient préconisées.

**e.** Dans un rapport ultérieur du 24 janvier 2024, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué que, suite à une reprise du travail le 10 janvier 2024, les douleurs étaient réapparues. Compte tenu de l'évolution défavorable après les séances de physiothérapie, il préconisait une chiropraxie.

**f.** Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, dans un rapport du 10 mai 2024, a simplement renvoyé aux conclusions de la CRR et au rapport du Dr B\_\_\_\_\_.

**g.** La SUVA a soumis le cas à son médecin d'assurance, la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celle-ci s'est exprimée à plusieurs reprises.

Dans un rapport du 2 juillet 2024, la Dre E\_\_\_\_\_ a considéré que l'accident avait cessé de déployer ses effets après un mois.

Elle a constaté que l'assuré présentait déjà en 2017 une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie fémoro-patellaire et un kyste de Baker postéro-interne, retrouvé très nettement à l'IRM du 8 septembre 2023 et confirmant la persistance d'un dérangement chronique du genou.

Il y avait eu tout au plus décompensation subaiguë d'un état préexistant pour une durée d'un mois, de type contusion.

**h.** Dans un rapport ultérieur du 16 juillet 2024, la Dre E\_\_\_\_\_, après examen de l'IRM du 23 mars 2024, a constaté que l'image de luxation de la corne postérieure du ménisque interne dans le sillon médian persistait, mais qu'il y avait également aggravation de l'hypersignal sous-chondral du condyle fémoral interne postérieur dans sa partie centrale (qui débutait à l'IRM du 8 septembre 2023 et qui s'était accentué le 29 mars 2024). Le kyste de Baker était toujours présent, avec une légère diminution du volume. Le médecin a confirmé les conclusions prises dans son rapport précédent.

**i.** Par décision du 16 juillet 2024, la SUVA a mis un terme à sa prise en charge avec effet au 16 juillet 2024.

**j.** Le 9 septembre 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision en concluant à ce que l'assurance continue à lui verser des prestations d'assurance au-delà de cette date.

Dans son opposition, l'assuré est revenu sur les suites de l'accident du 7 janvier 2017 et sur la décision de la SUVA du 3 janvier 2018, qu'il estimait erronée.

En substance, il a contesté l'avis du médecin d'assurance en se prévalant de celui de ses propres médecins. Selon lui, l'accident a aggravé un état maladif préexistant.

**k.** Par décision du 5 novembre 2024, la SUVA a rejeté l'opposition.

La SUVA a fait remarquer que, lorsque l'assuré revenait sur les suites de l'accident du 7 janvier 2017 et sa décision du 3 janvier 2018, il était manifestement forclos. Le litige se limitait à la question de savoir si elle était fondée à mettre fin aux prestations d'assurance avec effet au 16 juillet 2024 pour les suites de l'accident survenu le 30 août 2023.

La SUVA a indiqué s'être ralliée aux conclusions de son médecin d'assurance, qui s'était prononcé en dates des 12 juin 2024 et 2 juillet 2024 et avait considéré que l'accident du 30 août 2023 avait cessé de déployer ses effets au plus tard après un mois.

Le médecin d'assurance s'est fondé sur l'étude du dossier assécurologique – lequel comprend les pièces relatives à l'accident du 7 janvier 2017 et à celui du 29 juin 2021 – relatif à l'autre jambe et objet d'une procédure séparée.

En plus de consulter les rapports des spécialistes en radiologie – dont les conclusions ont également été rapportées dans l'historique médical –, le médecin d'assurance a eu l'opportunité d'examiner directement les clichés sur une plateforme dédiée et a reporté fidèlement ses propres observations, ainsi que les conclusions qui en ont été tirées. La SUVA a relevé que le dossier contenait de nombreuses appréciations basées sur un examen personnel de l'assuré.

L'ensemble de ces documents a permis au médecin d'assurance d'avoir une pleine connaissance des plaintes de l'assuré, des constats cliniques, de l'anamnèse et, plus globalement, de la situation du cas d'espèce. C'est donc sur la base d'une connaissance approfondie du cas – y compris du contexte médical social et économique –, que la Dre E\_\_\_\_\_ a fondé ses conclusions, bien motivées.

Se référant à la situation médicale postérieure à l'accident du 7 janvier 2017, le médecin a constaté la présence d'un antécédent d'origine dégénérative concernant la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que l'articulation fémoro-rotulienne et un kyste de Baker. Elle a précisé notamment qu'un kyste indique un dérangement chronique du genou préexistant, car il se forme toujours lentement. Elle a procédé en outre à une analyse de l'imagerie médicale – notamment des IRM des 8 septembre 2023 et 29 mars 2024 –, et n'a pas remarqué d'atteinte traumatique, mais uniquement des atteintes dégénératives. Elle a également souligné la mécanique du dommage – à savoir l'apparition d'une douleur sans chute ou torsion du genou initialement décrite –, ainsi que le délai s'étant écoulé jusqu'à la première consultation. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions, concluantes, non contradictoires et motivées.

D'autant moins que ces conclusions n'étaient pas remises en question par les autres pièces au dossier. Dans leur rapport, les médecins de la CRR s'étaient concentrés sur la problématique à gauche, mais ils avaient également évoqué les douleurs au genou droit. Ils avaient retenu des diagnostics semblables à ceux du médecin d'assurance, ce qui tendait à confirmer la pertinence de ces derniers. Le Dr B\_\_\_\_\_ n'évoquait pas d'étiologie accidentelle aux douleurs, mais se contentait de relayer une chronologie (pièces 8 et 9). Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il renvoyait à la lettre de la CRR et au rapport du Dr B\_\_\_\_\_ (pièce 10).

Certes, le Dr B\_\_\_\_\_ avait conclu, le 5 octobre 2023, que l'IRM avait mis en évidence une atteinte méniscale interne sans atteinte autre ; toutefois, le radiologue en charge de la lecture de ladite IRM avait également décrit une chondropathie focale de grade II-III rétro-patellaire du versant médial, ainsi qu'un kyste de Baker (pièce 11). Loin de souligner l'absence d'atteinte autre qu'au ménisque interne, le radiologue avait donc confirmé la lecture d'IRM faite par le médecin d'assurance.

La procédure ouverte suite à l'opposition, formée le 19 septembre 2024 par l'assuré, contre la décision rendue par la SUVA en date du 21 août 2024, portant

sur les conséquences de l'accident survenu en date du 29 juin 2021 était alors toujours en cours.

- C. a. Par courrier daté 8 décembre 2024, posté le lendemain, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'annulation de la décision sur opposition, avec suite de frais et dépens, et à la reprise des prestations d'assurance concernant le sinistre du 18 septembre 2023 (recte : 30 août 2023), subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique.

Selon le recourant, le litige porte sur la question de savoir s'il présentait un état dégénératif étant la cause principale de l'atteinte subie lors de l'accident du 18 septembre 2023 (recte : 30 août 2023).

En substance, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir mis en œuvre aucune expertise médicale dans le cadre de l'instruction de l'accident ayant touché son genou droit.

Il fait principalement grief au médecin d'assurance – sur les conclusions duquel l'intimée fonde sa décision – de n'avoir pas tenu compte de l'opération du genou droit réalisée en 2019. La Dre E\_\_\_\_\_ indique dans la synthèse de son rapport (page 5), qu'il n'a pas subi d'opération et ne retient qu'un antécédent dégénératif concernant la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que l'articulation fémoro-rotulienne. Le recourant en tire la conclusion que cela démontre que le médecin-conseil n'a pas pris connaissance de l'ensemble du dossier médical et qu'il a fondé ses conclusions uniquement sur un état dégénératif, sans tenir compte des atteintes traumatiques qu'il a subies.

Il fait remarquer que l'intervention est pourtant évoquée dans le rapport de la CRR (méniscopathie interne droit de la corne postérieure avec prise en charge chirurgicale).

Rappelant que, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères et que, 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, le recourant sollicite la mise sur pied d'une expertise.

Pour le surplus, le recourant fait valoir que, dès lors qu'il a été victime d'un accident le 18 septembre 2023 (recte : 30 août 2023), qu'il s'est tordu le genou droit en manquant une marche et que cela n'a pas été remis en question par l'intimée, la présomption de la Dre E\_\_\_\_\_ concernant l'inexistence d'une torsion ne saurait être suivie.

Le Dr D\_\_\_\_\_ attestant de son incapacité partielle de travail, il incombe à l'assureur-accidents de prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident et il convient de reprendre l'instruction médicale afin d'établir dans quelle mesure l'accident a aggravé l'état préexistant.

À l'appui de son recours, le recourant produit, notamment, le rapport opératoire du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, suite à l'intervention pratiquée le 22 mars 2019 (arthroscopie du genou droit avec résection de la lésion méniscale).

**b.** Invitée à se déterminer, l'intimée, par écriture du 18 décembre 2024, a conclu principalement à l'irrecevabilité du recours pour cause de tardiveté au motif que, bien que daté du 8 décembre 2024, le recours n'aurait été posté que le 10 décembre 2024. Subsidiairement, l'intimée a conclu au rejet du recours.

L'intimée rappelle que la prise en charge des troubles présentés par l'assuré suite à l'accident du 7 janvier 2017 a déjà fait l'objet d'une procédure initiale et d'une procédure de révision procédurale. Il a alors été établi que les troubles présentés par l'assuré au niveau de son genou droit étaient en lien avec des troubles dégénératifs préexistants et non avec l'accident. Dans ce cadre, l'assuré a déjà invoqué les avis des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ pour remettre en cause les conclusions des médecins d'assurance, allégations qui ont été écartées tant par la SUVA, que par les différents tribunaux saisis, dont la validité des différentes décisions et arrêts entrés en force ne saurait dès lors être remise en cause.

Les troubles préexistants à l'accident de janvier 2017 le sont également à l'accident survenu postérieurement, le 30 août 2023. Dès lors, la question n'est pas de savoir si l'assuré présentait un état dégénératif préexistant à l'accident du 30 août 2023 – puisque cet état dégénératif a déjà été confirmé par décisions entrées en force. Seule est pertinente la question de savoir si le nouvel accident a occasionné une aggravation déterminante ou plus prolongée de cet état préexistant, qui aurait justifié le maintien de la prise en charge par la SUVA au-delà du 16 juillet 2024. Tel n'est pas le cas, selon le médecin-conseil.

L'intimée constate que le recourant semble lui faire grief de n'avoir pas pris l'accident en charge au titre de l'art. 6 al. 1 LAA, alors même qu'elle a pris en charge le traitement médical. Les indemnités journalières, quant à elles, ont été versées dans le contexte d'un autre accident, dont la procédure d'opposition est toujours en cours.

L'intimée rappelle que l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prendre en charge le cas, initialement reconnu en versant des prestations, sans devoir invoquer un motif de reconsidération ou de révision procédurale. L'assureur peut liquider le cas en alléguant qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu, ou que l'existence d'un lien de causalité doit être niée. C'est cette raison qui a justifié la fin de la prise en charge des troubles au titre de suite de l'accident du 30 août 2023 : l'accident a bien occasionné des troubles initialement à charge de l'assurance-accidents, mais a, par la suite, cessé de déployer ses effets.

c. Par courrier du 23 décembre 2024, la Cour de céans a fait savoir à l'intimée qu'en réalité, le recours avait été posté le 9 décembre 2024, ainsi que cela ressortait du suivi postal.

d. Par écriture du 27 janvier 2025, le recourant a confirmé avoir formé recours en temps utile.

Par ailleurs, il a constaté que l'intimée ne disait rien de la prise de connaissance ou non par son médecin-conseil de l'opération qu'il avait subie en 2019. En effet, en page 6 de son rapport du 2 juillet 2024, le médecin-conseil niait l'existence de toute opération du genou droit pour conclure à une origine dégénérative concernant la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que l'articulation fémoro-rotulienne et un kyste de Baker.

Pour le surplus, le recourant réaffirme s'être tordu le genou droit en manquant la dernière marche d'une échelle dans son activité en septembre 2023, ce qui constitue un accident.

e. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, 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** Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

**1.3** Interjeté le 9 décembre 2024 – selon le suivi postal –, soit en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de mettre un terme à sa prise en charge avec effet au 16 juillet 2024, plus particulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu le 30 août 2023 et les lésions au-delà de cette date.

3.

**3.1** Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1 ; 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).

**3.2** 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 et 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.

Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident, mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

**3.3** 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), 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

#### 4.

**4.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

**4.2** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

**4.3** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

**4.4** 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

**4.5** 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.** 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 ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les

références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**6.**

**6.1** En l'occurrence, l'intimée nie toute causalité naturelle au-delà du 16 juillet 2024. Elle invoque à l'appui de sa position l'avis de son médecin-conseil, la Dre E\_\_\_\_\_, qui a considéré que l'accident du 30 août 2023 avait cessé de déployer ses effets au plus tard un mois après l'accident.

Le recourant, quant à lui, conteste l'avis du médecin-conseil et sollicite la mise sur pied d'une expertise médicale portant sur les atteintes subies par le genou droit suite à l'accident d'août 2023.

Il fait principalement grief à la Dre E\_\_\_\_\_ de ne pas tenir compte de l'opération du genou droit réalisée en 2019 et de ne retenir qu'un antécédent dégénératif concernant la corne postérieure du ménisque interne et l'articulation fémoro-rotulienne. Il en tire la conclusion que ce médecin n'aurait pas pris connaissance de l'ensemble de son dossier médical. Cela suffirait, selon lui, à jeter le discrédit sur son appréciation et à justifier la mise sur pied d'une expertise.

**6.2** On relèvera qu'en l'occurrence, la problématique doit essentiellement être appréhendée sous l'angle médical. Il n'appartient pas au juge de tirer des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1080 du 13 avril 2007 consid. 4.2).

Il convient donc d'examiner si les conclusions de la Dre E\_\_\_\_\_, sur lesquelles l'intimée fonde sa décision, sont susceptibles d'emporter la conviction ou s'il existe, comme le soutient le recourant, des éléments objectifs pouvant faire douter de ses conclusions.

Dans un premier rapport du 2 juillet 2024, la Dre E\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré présentait déjà en 2017 une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie fémoro-patellaire et un kyste de Baker postéro-interne, retrouvé très nettement à l'IRM du 8 septembre 2023 et confirmant la persistance d'un dérangement chronique du genou. L'existence des ces atteintes préexistantes n'est au demeurant pas contestée par le recourant.

La Dre E\_\_\_\_\_ a noté que la lésion de la corne postérieure du ménisque interne d'origine dégénérative déjà présente en 2017 avait progressé, avec une luxation de fragment dans le sillon médian, mais sans aucune plainte aiguë – comme un blocage post-traumatique dû à cette luxation. Il n'y avait donc, cliniquement et radiologiquement, aucun argument permettant de conclure à une déchirure et une luxation de la corne postérieure du membre inférieur aiguë en relation avec l'événement. Le médecin a expliqué qu'un ménisque dégénératif est susceptible de se fissurer lors de microtraumatismes répétés, en raison de la perte de fonction amortissante de la structure, et de favoriser l'apparition d'une arthrose. La

surcharge et l'arthrose débutante interne préexistante étaient confirmées par les radiographies du 25 novembre 2021, qui montraient déjà un pincement de l'interligne fémoro-tibial interne par rapport au compartiment externe, y compris dans les incidences spécifiques. Cela confirmait l'existence de l'atteinte dégénérative du compartiment interne avant l'événement.

La Dre E\_\_\_\_\_ en a conclu que la santé du genou droit était déjà altérée avant l'accident et ce, de manière plus que probable. L'accident n'a, selon elle, créé aucune lésion structurelle post-traumatique objectivable, puisque la lésion méniscale de la corne postérieure était préexistante déjà depuis 2017 au moins, sous la forme d'anomalie dégénérative de stade II à III et que ce type de lésion évolue avec le temps. Le médecin en veut pour preuve, la présence, sur les radiographies pratiquées le 25 novembre 2021, d'un pincement fémoro-tibial interne correspondant à une surcharge chronique de l'articulation. Le fait d'être descendu d'une échelle et d'avoir manqué une marche, sans chute, ni torsion déclarée, explique la décompensation de l'état préexistant. L'assuré n'a pas consulté avant plusieurs jours et, quelques mois plus tard, le Dr B\_\_\_\_\_ a conclu à une tension tendineuse et non pas à une origine méniscale.

Dans un rapport ultérieur du 16 juillet 2024, la Dre E\_\_\_\_\_, après examen de l'IRM du 23 mars 2024, a constaté que l'image de luxation de la corne postérieure du ménisque interne dans le sillon médian persistait, mais qu'il y avait également aggravation de l'hypersignal sous-chondral du condyle fémoral interne postérieur dans sa partie centrale (qui débutait à l'IRM du 8 septembre 2023 et s'était accentué le 29 mars 2024). Le kyste de Baker était toujours présent, avec une légère diminution du volume.

Le recourant reproche au médecin-conseil de n'avoir pas évoqué l'intervention qu'il a subie en 2019. Cela étant, l'existence de ladite intervention ne fait que corroborer les conclusions de la Dre E\_\_\_\_\_ quant à l'existence d'une atteinte dégénérative préexistante. Le simple fait qu'elle omette de mentionner cette opération ne suffit pas à jeter le discrédit sur l'ensemble de son évaluation, d'autant moins que celle-ci est solidement argumentée et motivée et qu'elle repose sur l'examen attentif des IRM de septembre 2023 et mars 2024, d'une part, que l'existence d'atteintes préexistantes est corroborée par les rapports des radiologues, d'autre part, que ses conclusions ne sont pas contredites par les autres documents médicaux versés au dossier, enfin.

Ainsi, le Dr B\_\_\_\_\_ n'évoque pas d'étiologie accidentelle aux douleurs. Il se contente de relayer une chronologie. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il renvoie à la lettre de la CRR et au rapport du Dr B\_\_\_\_\_. Qui plus est, l'existence de troubles dégénératifs préexistants au niveau du genou droit a déjà été établie dans le cadre de procédures antérieures, concernant l'accident survenu en janvier 2017.

Dans ces conditions, il n'apparaît pas nécessaire de mettre sur pied des investigations complémentaires.

C'est à juste titre que l'intimée s'est ralliée aux conclusions de son médecin-conseil et a mis un terme à sa prise en charge au 16 juillet 2024, soit près d'un an après l'accident, date au-delà de laquelle la Dre E\_\_\_\_\_ a établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le *statu quo sine* était atteint.

Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

\*\*\*

**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

Diana ZIERI

Karine STECK

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