

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4213/2024

ATAS/282/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2026

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

Représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1972, est employé comme chauffeur VTC pour B_____ SA (ci-après : l'employeuse) depuis le 14 mars 2023 à un taux de 25% (occupation irrégulière) et assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
- b. Le 23 février 2024, il a été victime d'un accident. En glissant sur une marche d'escalier, il s'est blessé au genou gauche.
- B.** a. Le docteur C_____, spécialiste en médecine interne, a constaté un épanchement du genou gauche avec douleurs le 1^{er} mars 2024 et attesté d'une incapacité de travail totale du 23 février au 23 mars 2024.
- b. Le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a prolongé l'arrêt de travail à 100% jusqu'au 31 mars 2024, puis à 50% jusqu'au 14 avril 2024.
- c. Une IRM du genou gauche du 19 mars 2024 a conclu à une fissuration complexe du corps du ménisque interne avec un kyste méniscal adjacent ainsi qu'une lésion fissuraire longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne avec 2^e kyste méniscal adjacent, pas de flap méniscal déplacé, pas d'anomalie du LLI et important épanchement articulaire.
- d. Le 1^{er} mai 2024, le Dr D_____ a attesté d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche et d'une lente amélioration.
- e. Le docteur E_____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de la SUVA, a estimé le 8 mai 2024 que le genou gauche présentait des anomalies structurelles qui étaient probablement préexistantes et non imputables à l'accident, lequel n'avait probablement causé aucune lésion objectivable pouvant lui être imputée.
- f. L'assuré a repris son activité à 50% le 1^{er} avril 2024 et à 100% le 1^{er} mai 2024.
- g. Par décision du 21 mai 2024, la SUVA a mis fin à toute prestation au 21 mai 2024.
- h. Le 10 juin 2024, l'assuré, représenté par ASSISTA PROTECTION JURIDIQUE SA, a fait opposition à la décision précitée.
- i. Le 15 août 2024, le Dr D_____ a rendu un rapport médical selon lequel si une chirurgie était nécessaire, elle devait être à la charge de la SUVA.
- j. Le 23 août 2024, l'assuré a complété son opposition, en relevant que le fait de présenter quelques signes dégénératifs au genou ne suffisait pas pour nier la causalité naturelle et adéquate avec l'accident.
- k. Le 29 août 2024, le Dr E_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle l'entorse du genou avait démasqué et déstabilisé de manière temporaire

(dix semaines) l'état pathologique dégénératif chronique et préexistant à la charge du ménisque interne.

I. Par décision du 19 novembre 2024, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, l'avis du Dr D_____ n'étant pas probant.

C. a. Le 18 décembre 2024, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à la prise en charge des frais médicaux et de l'incapacité de gain postérieurement au 23 mai 2024. La SUVA avait retenu à tort un état pathologique préexistant du genou gauche et son instruction médicale était lacunaire.

b. Le 6 janvier 2025, la SUVA a conclu au rejet du recours et contesté la nécessité d'une expertise judiciaire et le 27 janvier 2025 le recourant a persisté dans les termes de son recours.

c. Par ordonnance du 20 février 2025, la chambre de céans a confié une mission d'expertise judiciaire au Professeur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle a relevé ce qui suit :

En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur les rapports du Dr E_____ des 8 mai et 29 août 2024 pour mettre un terme au versement de toutes prestations au 21 mai 2024. Le Dr E_____ a estimé que l'accident avait déstabilisé de manière temporaire un état pathologique dégénératif chronique et préexistant du genou gauche du recourant.

Le recourant fait valoir les avis du Dr D_____ des 1^{er} mai et 15 août 2024, selon lesquels, d'une part, le recourant a présenté une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche et, d'autre part, la récupération en présence d'un genou qui présente quelques signes dégénératifs est plus longue et peut prendre plus de trois mois.

En présence d'avis médicaux contradictoires, la question du *statu quo ante ou sine* est douteuse. Dans ces conditions, l'intimé, sur la base des seuls rapports de son médecin-conseil, le Dr E_____, échoue à établir la disparition du lien de causalité au 21 mai 2024 et il convient d'ordonner une expertise judiciaire orthopédique, laquelle sera confiée au Prof. F_____.

d. Le 10 juillet 2025, le Prof. F_____ a rendu son rapport d'expertise, posant les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de *status* post déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche opérée le 5 mai 2014 (à l'âge de 42 ans), fissuration complexe du corps du ménisque interne avec un kyste méniscal adjacent gauche, fissuration longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste de 6 mm de long axe, chondropathie grade 2 fémoro-tibiale médiane, chondropathie grade 2-3 trochléenne latérale, épanchement articulaire et symptomatologie douloureuse du genou gauche apparue après la chute du 23 février 2024 (à l'âge de 52 ans). La

lésion complexe de la corne méniscale postérieure du ménisque interne ou une aggravation par déstabilisation d'une lésion complexe de la corne méniscale postérieure du ménisque interne gauche étaient en lien de causalité probable (plus de 50%) avec l'événement du 23 février 2024.

La capacité de travail était de 50% dans l'activité de chauffeur depuis l'accident (voiture manuelle) et de 100% dans une activité adaptée (véhicule automatique). L'état final n'était pas atteint. Il n'y avait pas d'atteinte définitive à l'intégrité.

e. Le 11 août 2025, le Dr E_____ a rendu une appréciation médicale contestant le rapport du Prof. F_____. L'expert judiciaire caractérisait la lésion méniscale comme dégénérative sur la base de sa morphologie tout en concluant que l'accident en serait la cause probable, ce qui était incohérent. L'expert judiciaire minimisait ensuite certains signes radiologiques de chronicité. La méniscectomie de 2014 était un facteur prédisposant majeur. Il ne tenait pas compte de la possibilité d'une simple exacerbation traumatique d'un état dégénératif préexistant. La lésion méniscale, déclenchée par l'accident, serait survenue de toute manière. L'apparition de kystes paraméniscaux relevait plus de déchirure du ménisque de nature dégénérative.

f. Le 19 août 2025, l'intimée a souligné que le recourant avait développé une activité dans le cadre de G_____, inscrite au registre du commerce le 5 juin 2024, élément essentiel que le recourant n'avait pas déclaré. Le recourant devait être interrogé sur ce point et des questions complémentaires devaient être posées au Prof. F_____.

g. Le 23 septembre 2025, le recourant a indiqué qu'il exerçait aussi comme chauffeur pour H_____, de manière indépendante depuis août 2023, activité qu'il n'avait pas cachée et qui était très accessoire. Restait seule litigieuse la question de la prise en charge du traitement médical et d'une éventuelle incapacité de travail en lien avec une intervention chirurgicale future. Le rapport d'expertise judiciaire était probant. Il concluait à l'absence de stabilisation de l'état de santé.

h. À la demande de la chambre de céans, le Prof. F_____ a rendu un complément d'expertise le 20 octobre 2025.

Il a indiqué que l'anamnèse était typique d'une lésion méniscale. Le *statu quo sine* était atteinte douze mois après l'accident et à partir de ce moment-là l'état pouvait être considéré comme stabilisé, soit le 23 février 2025. Un traitement symptomatique et conservateur était nécessaire jusque-là et probablement au-delà. L'assuré, âgé de 52 ans au moment de l'accident, ne rentrait pas dans les statistiques des hommes de 70 à 90 ans présentant, dans plus de 50% des cas, des lésions méniscales dégénératives.

Il existait effectivement des éléments arthrosiques visibles à l'IRM du 10 juin 2025 et leur description n'avait pas été minimisée.

La régularisation par arthroscopie pratiquée en 2014, l'avait été chez un assuré de 42 ans qui était resté asymptomatique depuis et jusqu'à l'accident du 23 février 2024.

Les examens n'avaient pas mis en évidence de signe d'entorse ou de contusion osseuse. La simple exacerbation traumatique était une hypothèse séduisante mais qui ne reposait sur aucun substrat anatomique, alors qu'il existait bien une atteinte du ménisque interne accompagnée d'épanchement et de douleur, comme attesté par les médecins traitants. L'accident n'avait pas révélé une lésion dégénérative mais l'avait aggravée causant un état douloureux et inflammatoire.

L'hypothèse la plus probante était que l'épanchement avait causé les kystes paraméniscaux qui avaient disparu ensuite (ce qui était démontré à l'IRM du 10 juin 2025) une fois la phase inflammatoire initiale post-traumatique résorbée.

i. Le 30 octobre 2025, le recourant a observé que le cas n'était pas stabilisé car une opération chirurgicale serait certainement nécessaire en cas d'aggravation des symptômes. Les conclusions du médecin conseil de la SUVA n'étaient pas probantes. L'audition à titre complémentaire de l'expert pourrait être sollicitée pour éclaircir les éventuels points litigieux.

j. Le 13 novembre 2025, l'intimée a relevé que le recourant n'avait pas fourni tous les éléments permettant d'établir la réalité de l'activité déployée par G_____. L'expert s'était basé sur un présupposé erroné. Le rapport d'expertise du Prof. F_____ n'était pas probant. Une nouvelle expertise devait être ordonnée. Les pièces concernant les activités professionnelles du recourant devaient être requises, voire l'audition de celui-ci ordonnée.

k. Le 15 décembre, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré qu'il avait repris le travail à 50% le 1^{er} avril 2024 et à 100% le 1^{er} mai 2024. Restait litigieuse la prise en charge du traitement actuel, la SUVA l'ayant cessée au 21 mai 2024, et le possible traitement futur, le Dr D_____ ayant envisagé une opération.

Le représentant de la SUVA a déclaré que celle-ci ne s'était pas prononcée sur la stabilisation de l'état de santé dès lors qu'il y avait un *statu quo* après 10 semaines.

l. Le 13 janvier 2026, le docteur E_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation médicale, selon laquelle il maintenait son appréciation. L'état pouvait être considéré comme stabilisé début mai 2024, dès lors que l'activité avait été reprise à 100% à ce moment-là et seules des mesures symptomatiques étaient encore en cours.

m. Le 22 janvier 2026, la SUVA a relevé que les conclusions de l'expert étaient valablement contredites par le Dr E_____ et que l'accident n'avait occasionné aucune atteinte structurelle. Même si tel était le cas, l'état de santé était stabilisé

au 1^{er} mai 2024. La cause n'était pas instruite à satisfaction dès lors que le recourant avait exercé une activité indépendante qui pourrait, selon les éléments au dossier, être l'activité principale du recourant.

n. Le 17 février 2026, le recourant a observé que l'expertise était probante et que, s'agissant de la stabilisation de l'état de santé, l'expert avait retenu que l'état final n'était pas atteint et qu'il était possible qu'un acte chirurgical soit nécessaire ; enfin, une instruction sur son activité professionnelle indépendante n'était pas pertinente.

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. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 21 mai 2024, singulièrement sur son droit à la prise en charge du traitement médical, dont une éventuelle intervention chirurgicale future et sur la date de la stabilisation de l'état de santé.

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 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.

3.2 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), 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).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.3

3.3.1 Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (al. 1 let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (al. 1 let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (al. 1 let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (al. 1 let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (al. 1 let. e).

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

3.3.2 Selon David IONTA (Stabilisation de l'état de santé *in* HAVE/REAS 4/2023, p. 314), compte tenu du fait que l'assurance-accidents sociale est, de par sa conception, axée sur les personnes exerçant une activité lucrative, la notion de « sensible amélioration de l'état de l'assuré » doit être interprétée comme se référant notamment - mais pas exclusivement - à l'amélioration ou la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1). À ce propos, l'ATF 134 V 109 consid. 4.3 n'exige pas une évaluation basée exclusivement en fonction de la capacité de travail - ce qui serait d'ailleurs difficilement conciliable avec le libellé de l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_614/2019 du 29 janvier 2020 consid. 5.3 et la référence), en particulier lorsque la personne assurée a repris son activité professionnelle habituelle (*cf.* par ex. arrêts du Tribunal fédéral 8C_354/2014 du 10 juillet 2014 consid. 3.2,

concernant un avocat ayant repris son activité professionnelle, ou 8C_614/2019 du 29 janvier 2020 consid. 5.3). En pareille situation, il y a lieu d'examiner si un traitement médical est indiqué et si l'on peut s'attendre à une amélioration sensible de l'état de santé. Lorsque la capacité de travail est totale sans interruption depuis l'accident (cas « bagatelle »), mais qu'un traitement médical est néanmoins nécessaire, l'amélioration sensible de l'état de santé requise pour le droit au traitement médical au sens de l'art. 10 LAA ne peut pas être déterminée en fonction de l'augmentation attendue de la capacité de travail. À cet égard, la capacité de travail non limitée en dépit de l'accident ne saurait à elle seule justifier la perte du droit au traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_208/2021 du 22 novembre 2021 consid 5.1 et les références ; Philipp GEERTSEN, UVG *Kommentar*, art. 19 LAA n. 8, in Marc HURZELER / Ueli KIESER (éd.) *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungenrecht*, Berne 2018). Cela étant, lorsque la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le cas doit en règle générale être clos, même si la poursuite du traitement médical permet de prévenir une éventuelle péjoration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_14/2010 du 4 août 2010 consid 3).

L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener la poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas, pas plus que la simple possibilité d'une telle amélioration (arrêts du Tribunal fédéral 8C_604/2021 du 25 janvier 2022 consid. 5.2 ; 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 ; 8C_493/2018 du 12 septembre 2018 consid. 4.3.3 ; 8C_14/2010 du 4 août 2010 consid. 2.2 ; 8C_211/2009 du 10 juillet 2009 consid. 4 et les références) ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée que dans un avenir incertain (arrêt du Tribunal fédéral U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et les références). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermique - ne donnent droit à sa mise en œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et la référence). De simples mesures d'évaluation ou d'observation ne justifient pas de repousser la clôture du cas et l'examen du droit à la rente d'invalidité (GEERTSEN (n. 20), UVG *Kommentar* art. 19 LAA).

Cette question doit être examinée de manière prospective (arrêts du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.2 et les références ; 8C_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1 et les références ; BSK UVG-FLÜKIGER (n. 10) art. 19 LAA n. 8) et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 ; 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et les références ; GEERTSEN (n. 20) UVG *Kommentar* art. 19 LAA n. 9.). Ainsi, des rapports médicaux établis

postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêts du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 ; 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5.1 et les références ; 8C_582/2021 du 11 janvier 2022 consid. 10.2.2).

La question du moment de la clôture du cas, à savoir l'amélioration sensible de l'état de santé par un traitement médical, doit reposer sur des bases fiables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1022/2008 du 30 juillet 2009 consid. 4.3). À noter que le fardeau de la preuve des faits qui suppriment le droit incombe à l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1022/2008 du 30 juillet 2009 consid. 4.3).

Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 et la référence ; Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Ulrich MEYER (éd.), *Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], 3^e éd., Bâle 2016, 968 n. 194) ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêts du Tribunal fédéral 8C_363/2020 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 et la référence ; 8C_399/2020 du 28 septembre 2020 consid. 5 ; GEERTSEN (n. 20), *UVG Kommentar*, art. 19 LAA n. 9). Le seul fait que la personne assurée ressent encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 ; 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 5.3 et les références ; 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3 ; André GHELEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*, Lausanne 1992, 72). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence ; 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence).

3.4

3.4.1 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie

produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

3.4.2 Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n. U 189 p. 139).

3.5

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

3.5.2 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).

3.5.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

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

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).

3.5.5 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).

3.5.6 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. A 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).

3.6

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

3.6.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

3.6.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

3.7 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

4. En l'occurrence, la chambre de céans a estimé qu'une expertise judiciaire orthopédique était nécessaire, au vu des avis contradictoires des Drs E_____ et D_____.

4.1 Fondé sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description d'une journée-type et des plaintes du recourant, un examen clinique de celui-ci, la réalisation de radiographies et IRM du genou gauche, posant des diagnostics clairs avec une évaluation convaincante du lien de causalité de ceux-ci avec l'accident, le rapport du Prof. F_____ du 10 juillet 2025, comprenant le complément du 20 octobre 2025, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de la date de stabilisation de l'état de santé du recourant, comme il sera développé ci-après.

L'expert judiciaire conclut à une lésion complexe (déchirure) de la corne méniscale postérieure du ménisque interne ou une aggravation par déstabilisation d'une lésion complexe de la corne méniscale postérieure du ménisque interne gauche (possiblement préexistante) en lien, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident.

Les examens cliniques et radiologiques n'avaient pas mis en évidence de signe d'entorse du genou, qui était une lésion ligamentaire, ni de contusion osseuse. Seule la lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne gauche,

décrite par la radiographie du 19 mars 2024, expliquait l'épanchement important et les douleurs ressenties sur l'interligne interne du genou gauche.

Contrairement à l'avis du Dr E_____, le Prof. F_____ estime que ni l'âge du recourant, ni la fissuration d'aspect complexe, ni encore la présence de kystes, ne permettent de conclure de façon prépondérante à une lésion d'usure chronique.

En particulier, le recourant, âgé de 52 ans, n'entrait pas dans les statistiques citées qui concernaient des hommes de 70 à 90 ans présentant, dans plus de 50% des cas, des lésions méniscales dégénératives.

Le recourant présentait, avant l'accident, des éléments arthrosiques (vu à l'IRM du 10 juin 2025) et un état maladif dégénératif asymptomatique, à la suite de l'intervention sur son genou gauche en 2014.

La thèse du Dr E_____, selon laquelle l'accident avait démasqué ou rendu symptomatique une lésion qui le serait devenue de toute manière était contestée, au vu de la description de l'accident (le recourant avait glissé et s'était cogné le genou gauche, qui s'était brusquement fléchi lors du choc et avait enflé). La brusque flexion du genou écrasait la corne postérieure du ménisque interne et provoquait la déchirure. L'accident avait aggravé la lésion dégénérative, causant un état douloureux et inflammatoire du genou, lequel, avant l'accident, fonctionnait à satisfaction. Les kystes paraméniscaux présents à l'IRM du 19 mars 2024 avaient quasiment disparus à l'IRM du 10 juin 2025, de sorte que l'hypothèse la plus probable était que l'épanchement survenu lors de l'accident les avait causés et qu'ils avaient disparus une fois la phase inflammatoire initiale post-traumatique résorbée. L'intervention de méniscectomie partielle interne de 2014 était une régularisation par arthroscopie chez un assuré de 42 ans resté asymptomatique jusqu'à l'accident du 23 février 2024. La simple exacerbation traumatique était une hypothèse séduisante mais qui ne reposait sur aucun substrat anatomique, alors qu'il existait bel et bien une atteinte du ménisque interne, accompagnée d'épanchement et de douleurs, comme attesté par les Drs C_____ et D_____.

Finalement, le Prof. F_____ conclut comme suit : « la chute avec flexion brutale du genou écrasant le ménisque interne gauche a eu lieu avec épanchement et douleur attestés par le médecin traitant, le Dr C_____, qui a ordonné un arrêt de travail ; que le ménisque en question présente préalablement des lésions dégénératives n'est pas nié, mais l'accident ne les a pas « démasquées », il les a indéniablement aggravées voire, dans une certaine mesure, provoquées ; par ailleurs, le médecin de la SUVA admet que ces « lésions » étaient préalablement silencieuses et donc asymptomatiques ».

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges répétitif de plus de 5 kg, position assise prolongée de plus de 2 heures, position debout prolongée de plus de 20 minutes, position accroupie ou à genoux et monter/descendre des escaliers, échelles et escabeaux.

La capacité de travail était de 50% depuis l'accident dans l'activité habituelle (véhicule à changement de vitesse manuelle) et de 100% dans une activité de chauffeur, avec conduite automatique.

Un traitement par antalgiques et antiinflammatoires était nécessaire et si les symptômes s'aggravaient, une intervention chirurgicale pourrait entrer en ligne de compte.

Il n'existait, en l'état, pas d'atteinte à l'intégrité définitive.

Le cas pouvait raisonnablement être considéré comme stabilisé le 23 février 2025, soit une année après l'accident. Un traitement symptomatique et conservateur (antiinflammatoires et antalgiques) était nécessaire jusque-là et à long terme.

4.2 Les critiques de l'intimée à l'égard de l'expertise judiciaire, émises par le biais du Dr E_____, ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise du Prof. F_____. Celui-ci a répondu aux critiques du Dr E_____ du 11 août 2025 de façon convaincante dans son complément d'expertise du 20 octobre 2025. Quant à l'avis spontané du 13 janvier 2026 du Dr E_____, il n'apporte pas de critique nouvelle par rapport à l'avis précédent, le Dr E_____ rappelant que l'antécédant de ménisectomie partielle de 2014 constitue, de son point de vue, un facteur prédisposant majeur à l'évolution dégénérative ultérieure du compartiment interne et estime que l'expert F_____ n'a pas démontré l'existence d'une lésion structurelle nouvelle imputable à l'accident. Or, contrairement à l'avis du Dr E_____, l'expert F_____ a expliqué de façon convaincante que le mécanisme accidentel, soit un choc du genou suivi d'un fléchissement brusque, a écrasé la corne postérieure du ménisque interne et provoqué une déchirure, tout en aggravant une situation préexistante (complément d'expertise du 20 octobre 2025), de sorte qu'une lésion structurelle nouvelle peut être admise, ce d'autant que l'expert F_____ a expliqué de manière persuasive que l'état préexistant n'était pas aussi important que celui décrit par le Dr E_____ dès lors qu'il s'agissait d'une régularisation par arthroscopie, effectué en 2014, chez un patient de 42 ans, lequel était restée asymptomatique pendant dix ans, soit jusqu'à l'accident de 2024.

Au demeurant, les conclusions du Prof. F_____ quant au lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident seront suivies et l'hypothèse de l'intimée d'une déstabilisation seulement temporaire d'un état préexistant, au plus tard dix semaines après l'accident, rejetée.

4.3 Il convient encore de déterminer le moment de la stabilisation de l'état de santé.

À cet égard, l'expert F_____ estime que l'état de santé est stabilisé douze mois après l'accident, le 23 février 2025, un traitement asymptotique et conservateur étant nécessaire jusque-là et probablement au-delà, vu l'état du genou (complément d'expertise du 20 octobre 2025, p. 2).

Quant à l'intimée, elle s'est ralliée à l'avis du Dr E_____ du 13 janvier 2026, selon lequel, si l'on admettait une aggravation déterminante liée à l'accident, l'état pourrait être considéré comme stabilisé au 1^{er} mai 2024, soit dès la reprise complète de l'activité professionnelle, compte tenu aussi de l'absence de traitement thérapeutique spécifique.

Au vu de la jurisprudence précitée, la stabilisation de l'état de santé n'est pas donnée tant que l'on peut attendre d'un traitement une sensible amélioration de l'état de santé (consid. 3.3 supra). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative et la prise d'antalgiques et d'antiinflammatoires, comme c'est le cas pour le recourant, ne suffit pas à répondre à cette condition.

Compte tenu de la capacité de travail entièrement recouvrée au 1^{er} mai 2024 et du traitement antiinflammatoire et antidouleurs évoqué, voire physiothérapeutique (procès-verbal de comparution personnelle des parties du 15 décembre 2025), la date de la stabilisation de l'état de santé arrêtée par l'expert F_____ au 23 février 2025 ne peut pas être suivie. Dans le sens de l'intimée, il y a lieu de retenir une stabilisation de l'état de santé au 1^{er} mai 2024.

Au surplus, l'éventuelle intervention chirurgicale évoquée par l'expert F_____, dans l'hypothèse où les symptômes et signes devaient s'aggraver (rapport d'expertise, p. 21), ne permet pas non plus de considérer qu'il existe, en l'état, un traitement médical apportant une amélioration sensible de l'état de santé.

Cela dit, au vu de la reconnaissance du lien de causalité entre l'accident et les affections du recourant, celui-ci, en cas d'intervention chirurgicale future, pourra faire valoir auprès de l'intimée la survenance d'une rechute ou de séquelles tardives.

Partant, le droit aux prestations provisoires, singulièrement à la prise en charge du traitement médical, cesse, à tout le moins, au 21 mai 2024, date à laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations.

4.4 Par appréciation anticipée des preuves, il sera renoncé à requérir, comme le demande l'intimée, des renseignements complémentaires sur les activités professionnelles du recourant, la capacité de travail totale de celui-ci étant admise par les parties au 1^{er} mai 2024.

Il sera également renoncé à l'audition de l'expert F_____, requise par le recourant.

Au demeurant, le lien de causalité entre l'accident et l'affection au genou gauche du recourant est reconnu, l'état de santé étant considéré comme stabilisé au 1^{er} mai 2024.

S'agissant des frais d'expertise judiciaire, dès lors qu'il existait des doutes sur l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, une expertise médicale était

nécessaire, de sorte qu'en application de la jurisprudence précitée, les frais de l'expertise judiciaire seront mis à la charge de l'intimée.

5. Le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée dans le sens que le lien de causalité entre l'accident et les affections est reconnu et que l'état de santé du recourant est stabilisé au 1^{er} mai 2024.

Au vu de ce qui précède, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. 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. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimée dans le sens des considérants.
4. Met les frais de l'expertise judiciaire et de son complément de CHF 7'500.-, selon les factures des 9 juillet 2025 et 20 octobre 2025, à la charge de l'intimée.
5. Octroie au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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