

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4289/2024

ATAS/713/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 septembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par LOYCO SA, mandataire

contre

VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

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

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1979, a été engagé le 1^{er} mars 2020 en qualité d'agent de sécurité par B_____ SA (ci-après : l'employeur), société ayant son siège à Lausanne et disposant d'une succursale au C_____ (GE) pour laquelle l'assuré travaillait.
- b.** En cette qualité, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).
- B.** **a.** Le 26 mars 2021, l'assureur a reçu :
- Une déclaration de sinistre du 25 mars 2021, par laquelle LOYCO SA (ci-après : LOYCO), mandataire de l'assuré, a annoncé que son mandant avait subi un accident le 17 mars 2021 au 20, avenue Appia, à Genève. Dans le cadre d'une ronde imposée par sa mission de surveillance, celui-ci avait chuté dans un escalier en colimaçon (en acier, avec partie non éclairée) donnant accès au sous-sol d'un bâtiment. Suite à cet événement, il avait ressenti une douleur au genou gauche et reçu les premiers soins au Centre Hospitalier Annecy Genevois (ci-après : CHAG), basé à Saint-Julien-en-Genevois (France).
 - Un certificat délivré le 17 mars 2021 par le docteur D_____, médecin assistant auprès du CHAG, attestant que l'assuré lui avait indiqué, le jour même, avoir été blessé au travail lors d'une chute dans les escaliers. Pour sa part, le Dr D_____ avait constaté une contusion du genou gauche, délivré une ordonnance – prévoyant, entre autres le port d'une attelle de genou durant quatorze jours – et prescrit un arrêt de travail de même durée, à réévaluer.
- b.** Le 30 mars 2021, le docteur E_____, praticien hospitalier au Pôle chirurgie orthopédique et traumatologique des Hôpitaux J_____ (à G_____, France), a suspecté une lésion du ménisque interne post-traumatique et ordonné la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche.
- c.** Dans un rapport du 16 avril 2021, relatif à l'IRM du genou gauche précitée, le docteur F_____, radiologue à G_____, a conclu à une lésion fissuraire complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec contusion osseuse intraspongieuse du compartiment antérieur de la rotule. Pour le reste, l'IRM était sans anomalie.
- d.** Dans un compte-rendu opératoire du 7 mai 2021, le Dr E_____ a rappelé que l'assuré avait présenté, suite à un traumatisme du genou gauche, une lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne, confirmée par IRM. L'intervention du 7 mai 2021 avait consisté en une arthroscopie du genou gauche avec régularisation de la lésion du ménisque interne.

e. Dans un rapport du 18 mai 2021, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a indiqué que l'assuré présentait une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. Il n'existait pas d'éléments étrangers à l'événement et les troubles actuels étaient probablement en relation de causalité avec l'événement du 17 mars 2021. Invité à motiver cette dernière réponse, le Dr H_____ a indiqué qu'il n'avait pas eu accès aux images radiologiques pour confirmer la lésion et que son appréciation se basait uniquement sur le rapport du radiologue (Dr F_____). L'intervention chirurgicale était à la charge de l'assureur. Il en allait de même de l'incapacité de travail jusqu'au début du mois de juin 2021. En effet, à son avis, l'intervention avait eu lieu courant avril 2021. Il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent.

f. Dans un rapport de consultation du 8 juin 2021, le Dr E_____ a indiqué qu'à un mois de l'arthroscopie du genou gauche, l'évolution était favorable avec une légère tuméfaction persistante. La mobilisation du genou était bonne et les anciennes douleurs liées à la lésion méniscale avaient disparu. En revanche, on notait une sensibilité persistante à la palpation des surfaces articulaires internes. La faiblesse du quadriceps était modérée. Les séances de rééducation étaient à poursuivre et l'arrêt de travail serait prolongé jusqu'au 9 juillet 2021.

g. Dans un compte-rendu de consultation du 6 juillet 2021, le Dr E_____ a évoqué une évolution favorable malgré la persistance d'une faiblesse musculaire du quadriceps. Les séances de rééducation fonctionnelle se poursuivraient et l'assuré pourrait reprendre son travail la semaine suivante, « sans effectuer d'exercices sportifs ».

h. Le 10 août 2021, l'assuré a complété un questionnaire de l'assureur et rappelé que l'événement du 17 mars 2021 avait consisté en une chute dans un escalier en colimaçon – étroit et non éclairé – conduisant au sous-sol d'un bâtiment situé sur le site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Lors de la chute, la douleur avait été immédiate, accompagnée d'un craquement et d'un gonflement du genou. La rééducation fonctionnelle était toujours en cours et les soins prévus jusqu'en novembre 2021.

i. Le 24 août 2021, le Dr E_____ a ordonné une nouvelle IRM du genou gauche de l'assuré. Celle-ci était motivée par de récentes douleurs à ce niveau, que l'assuré avait ressenties suite à la reprise de ses activités physiques.

j. Dans un rapport IRM du 16 septembre 2021, le Dr F_____ a conclu à des stigmates de résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne. Pour le surplus, l'IRM ne révélait pas d'anomalie.

k. Dans un rapport du 9 février 2022, le docteur I_____, praticien hospitalier auprès des Hôpitaux J_____, a relaté la consultation donnée le même jour à l'assuré. À l'examen clinique, le genou était sec et stable dans le plan frontal et sagittal avec des cicatrices post-opératoires propres. Présentant des douleurs à la

flexion maximale du genou au niveau du compartiment fémoro-tibial médial, il était également algique en fin de journée après le travail. Selon le Dr I_____, il s'agissait « plutôt d'une chondropathie fémoro-tibiale ». La radiographie de contrôle du jour était sans particularité. Dans le but de soulager les douleurs, ce médecin avait proposé à l'assuré des infiltrations de plasma riche en plaquettes (ci-après : PRP) au niveau du genou gauche « pour atténuer la dégradation cartilagineuse ».

l. Le 10 juin 2022, le docteur K_____, praticien hospitalier auprès des Hôpitaux J_____, a certifié que l'assuré avait subi trois infiltrations de PRP au niveau du genou gauche, ce en lien avec son accident du 17 mars 2021 et l'intervention du 7 mai 2021.

m. Le 3 août 2022, le Dr K_____ a attesté que, malgré l'intervention qu'il avait subie le 7 mai 2021, l'assuré présentait une rechute en raison de l'apparition de lésions (chondropathies internes).

n. Dans un compte-rendu de consultation du 26 août 2022, le Dr K_____ a indiqué avoir effectué une infiltration qui avait permis à l'assuré de soulager ses douleurs interarticulaires. Cependant, il se plaignait d'une douleur assez vive au niveau de la tubérosité tibiale antérieure (ci-après : TTA). On palpait une exostose très sensible, mais sur le plan radiographique, il n'y avait pas de lyse ni d'image pathologique. Au vu de ces éléments, le Dr K_____ a proposé de faire une résection de cette exostose sous anesthésie et une analyse de principe pour rechercher un éventuel ostéome sous-jacent.

o. Le 11 septembre 2022, l'assureur a reçu un avis d'arrêt de travail, délivré le 9 septembre 2022 à l'assuré par les Hôpitaux J_____ et valable jusqu'au 9 octobre 2022 inclus, motivé par une ostéotomie du genou gauche.

p. Dans un rapport du 12 septembre 2022, intitulé « lettre de liaison à la sortie valant compte rendu d'hospitalisation », le Dr K_____ a indiqué avoir effectué, le 9 septembre 2022, une résection de l'excroissance osseuse tibiale gauche, sans complications peropératoires.

q. Par décision du 15 septembre 2022, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il n'interviendrait pas pour les troubles qui avaient nécessité un traitement médical dès septembre 2021 et une incapacité de travail en 2022. À l'appui de sa position, il a exposé qu'il n'était tenu d'allouer ses prestations que si et tant que l'atteinte à la santé était en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Or, dans le cas concret, le dossier médical et plus particulièrement les divers examens d'imagerie ne démontraient pas l'existence d'un lien de causalité suffisant entre l'accident du 17 mars 2021 et les troubles ayant nécessité un traitement médical dès septembre 2021, ainsi qu'une nouvelle incapacité de travail en 2022. Selon l'avis – non produit – du docteur L_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et médecin-conseil de l'assureur, l'assuré présentait en effet un modèle arthrosique de chondropathie fémoro-tibiale

dégénérative qui expliquait la réapparition des douleurs. Aussi l'assuré était-il invité à s'adresser à son assurance-maladie pour le remboursement de ses frais de traitement.

r. Le 27 septembre 2022, l'assuré, assisté de LOYCO, a formé opposition à cette décision en faisant valoir que la preuve de l'atteinte d'un *statu quo ante vel sine* n'avait pas été apportée en l'état, si bien qu'il n'était pas possible de mettre un terme aux prestations avec effet au mois de septembre 2021. Aussi l'assuré a-t-il conclu au versement des prestations d'assurance au-delà de cette échéance.

s. Le 10 novembre 2022, l'assuré a complété son opposition après avoir obtenu l'accès à son dossier. En tant que le Dr L_____ affirmait que l'incapacité de travail était d'origine malade, compte tenu du « développement d'un modèle arthrosique chondropathie fémoro-tibiale, secondaire à la résection méniscale partielle de la corne postérieur[e] du ménisque interne », son raisonnement ne pouvait pas être suivi. En effet, si l'arthrose devait s'être développée ensuite de la résection partielle de la corne postérieure interne, on ne voyait pas en quoi il s'agissait d'un développement en lien avec une maladie.

L'assuré a également produit un avis du 31 octobre 2022 du docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique qu'il avait consulté pour livrer son appréciation du cas. Selon ce médecin, l'instruction du dossier était incomplète et pour pouvoir se prononcer valablement sur le droit aux prestations, il convenait de se procurer l'intégralité du dossier radiologique. En l'état, on relevait qu'une chondropathie fémoro-tibiale était évoquée par le Dr I_____ en février 2022 – affirmation reprise telle quelle par le Dr L_____ – mais que les examens IRM effectués en 2021, avant et après l'opération, avaient montré une intégrité complète des cartilages articulaires. On devait donc se demander d'où sortait ce diagnostic de chondropathie fémoro-tibiale qu'on ne retrouvait pas dans les rapports radiologiques actuellement à disposition.

t. Consulté une nouvelle fois par l'assureur, le Dr H_____ a estimé par avis du 15 novembre 2022 qu'il ne lui était pas possible, en l'état lacunaire du dossier, de se prononcer sur la survenance d'un *statu quo sine*, l'état antérieur à l'accident n'étant pas clairement documenté. En effet, le rapport opératoire du 7 mai 2021 ne mentionnait aucune atteinte cartilagineuse. Si toutefois l'IRM du genou gauche du 16 septembre 2021 – dont les images n'étaient pas disponibles – démontrait la présence d'une lésion cartilagineuse, ce qui restait à prouver à la lecture directe des images, « il s'agirait d'une complication post-opératoire en lien avec la déchirure méniscale interne et le traumatisme annoncé ». En revanche, l'intervention du « 12 septembre 2022 » (*recte* : 9 septembre 2022) ne pouvait être mise en lien de causalité, même possible, avec l'événement du 17 mars 2021 en l'état des informations actuelles. Le résultat de l'examen anatomopathologique permettrait d'en savoir davantage (hématome calcifié, excroissance cartilagineuse ou autre). En l'état, le Dr H_____ ne pouvait pas « soutenir [le] projet de décision du 09.09.2022 » (*recte* : la décision du 15 septembre 2022).

u. Le 23 janvier 2023, l'assureur a reçu notamment :

- Un rapport du 18 novembre 2022 du docteur N_____, praticien hospitalier auprès des Hôpitaux J_____, relatant une consultation du même jour dans les suites de l'intervention pratiquée le 9 septembre 2022 par le Dr K_____ (ablation de l'exostose du genou gauche au niveau de la TTA). La cicatrice était propre et la radio de contrôle parfaite. On n'identifiait pas la cause de la douleur ressentie au tibia. Celle-ci était « probablement neurogène ».
- Un compte-rendu de consultation du 28 décembre 2022 du Dr I_____, rappelant que l'assuré avait été opéré par le Dr K_____ le 9 septembre 2022 pour l'ablation d'une exostose osseuse. Étant donné qu'il avait toujours gardé des douleurs localisées sur les contours de la cicatrice, le Dr I_____ lui avait prescrit une IRM de contrôle.
- Un rapport du 12 janvier 2023 du docteur O_____, radiologue auprès des Hôpitaux J_____, relatif à une IRM du genou gauche, concluant à une tendinopathie aiguë d'insertion du tendon rotulien avec une fine bursite. On notait également une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne avec un petit fragment luxé au niveau de l'échancrure.
- Un compte-rendu opératoire du 20 mars 2023 dans lequel le Dr I_____ indiquait avoir effectué, le jour même, une méniscectomie de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une infiltration cortisonnée du tendon rotulien.

v. Le 3 avril 2023, l'assureur a reçu les images de l'examen radiologique du 16 septembre 2021.

w. Le 2 mai 2023, l'assureur s'est vu notifier :

- Un rapport du 9 avril 2023, par lequel P_____, interne (NDR : médecin en formation) auprès du service des urgences des Hôpitaux J_____, a attesté que l'assuré avait été reçu le jour même pour le motif suivant : « douleur au niveau d'un membre inférieur / méniscectomie le 20/03 par le Dr I_____. Sous anticoagulant jusqu'à mercredi. Hématome cuisse [gauche], sans notion de trauma, bas de contention en place ».
- Un compte-rendu de consultation du 27 avril 2023, dans lequel le Dr I_____ a rappelé que l'on se situait à un mois d'une arthroscopie du genou gauche pour lésion méniscale résiduelle. L'hématome s'était résorbé, mais l'assuré présentait toujours des douleurs en regard de l'interligne fémorotibial au niveau du condyle fémoral en lien avec la chondropathie fémorale de stade II qu'on avait découverte pendant l'intervention du 20 mars 2023. Il ne pouvait que renouveler les infiltrations de PRP, car il n'y avait pas, à ce stade, de geste prothétique à réaliser.

x. Par avis du 16 mai 2023, le Dr H_____ a estimé à la lumière des nouvelles pièces que si l'on pouvait dire aujourd'hui que la résection de l'exostose de la

TTA n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 17 mars 2021, il n'était pas possible de se prononcer clairement sur l'atteinte fémoro-tibiale interne en l'absence d'analyse directe des images des IRM des 16 avril 2021, 16 septembre 2021 et 12 janvier 2023 (sur support CD ou via un code d'accès).

y. Dans un rapport du 8 septembre 2023, relatif à une consultation donnée le jour même, le Dr K_____ a rappelé que l'assuré avait été opéré (le 9 septembre 2022) pour l'ablation d'une exocytose au niveau de son genou gauche. Lors d'une manipulation effectuée dans le cadre de la kinésithérapie, il avait senti un craquement au niveau de l'insertion du tendon rotulien. Le Dr K_____ avait demandé une IRM montrant effectivement une désinsertion avec un aspect fusiforme latéral du tendon rotulien. Les douleurs persistaient malgré les « bonnes séances de rééducation et le repos ». Aussi le Dr K_____ prévoyait-il une nouvelle intervention consistant à réinsérer le tendon rotulien.

z. Le 18 septembre 2023, l'assuré a transmis à l'assureur le CD contenant toutes les images des IRM ainsi qu'une convocation pour une nouvelle intervention chirurgicale, prévue le 5 octobre 2023 aux Hôpitaux J_____.

- C. a. Par avis du 26 septembre 2023, le Dr H_____ a estimé, en synthèse, que l'assuré présentait des douleurs du genou gauche qui étaient non seulement d'origine accidentelle mais aussi d'origine malade, ce qui ouvrait partiellement droit aux prestations d'assurance selon les modalités suivantes :

Cause	Incapacité de travail	Traitement
Accident	Du 17.03.2021 au 09.07.2021 puis du 13.05.2022 au 26.08.2022	17.03.2021 au 26.08.2022
Maladie	Du 27.08.2022 au 12.01.2023	Du 27.08.2022 au 12.01.2023
Accident	Du 13.01.2023 au 06.09.2023	Du 13.01.2023 au 06.09.2023
Maladie	Dès le 07.09.2023 (en cours)	Dès le 07.09.2023 (en cours)

Cependant, au vu de l'intrication des lésions d'origine accidentelle et d'origine malade, une expertise serait probablement nécessaire.

b. Par courrier du 28 septembre 2023 à l'assuré, l'assureur a fait référence à l'opposition formée le 27 septembre 2022 à l'encontre de sa décision du 15 septembre 2022 et a fait savoir qu'après un nouvel examen du dossier, il annulait cette décision et allouerait « normalement [ses] prestations pour ce cas ».

c. Dans deux rapports du 5 octobre 2023 (« compte-rendu opératoire » et « lettre de liaison à la sortie »), le Dr K_____ a diagnostiqué une désinsertion partielle du tendon rotulien gauche de l'assuré. Concernant « l'histoire de la maladie », l'assuré avait été opéré (le 9 septembre 2022) pour une exostose au niveau tibial antérieur du genou gauche, mais il persistait une désinsertion du tendon rotulien non cicatrisée. L'intervention pratiquée le 5 octobre 2023 avait consisté à réinsérer ce tendon par la mise en place de deux ancrs Swiftlock résorbables et d'un ligament artificiel Fiberlock. L'arrêt maladie consécutif à cette intervention serait d'une durée de deux mois.

d. Par courriel du 5 novembre 2023, l'assuré a informé l'assureur que suite à des complications post-opératoires (inflammation), il devrait à nouveau se soumettre à des soins.

e. Dans un rapport du 9 novembre 2023, relatif à une consultation donnée le même jour, le Dr K_____ a indiqué que « l'évolution clinique n'a nécessité une fixation perturbée pour libérer quelques adhérences » (sic). Le patch Emla avait été efficace et avait permis de diminuer les douleurs aux brûlures cicatricielles.

f. Par courriel du 21 novembre 2023, l'assuré a fait part à l'assureur de nouvelles complications survenues au cours de la semaine écoulée. Après avoir passé une échographie avec son médecin traitant (docteur Q_____, médecin généraliste exerçant à R_____), celui-ci suspectait un épanchement de synovie dû à la reprise de la rééducation. Cette piste nécessitait d'autres éclaircissements car il avait également un œdème sous-cutané.

g. Dans un rapport du 8 décembre 2023, relatif à une consultation donnée le même jour, le Dr K_____ a indiqué que l'assuré présentait, dans les suites d'une réinsertion du tendon rotulien du genou gauche, une cicatrice sensible avec une sensation de décharge qui pouvait évoquer des neuropathies nerf superficiel.

h. Par avis du 15 décembre 2023, le docteur S_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, s'est dit d'accord avec l'appréciation du 26 septembre 2023 du Dr H_____, en ce sens qu'il y avait lieu de faire une distinction entre l'atteinte méniscale interne (qui relevait de l'événement couvert du 17 mars 2021) et la tendinopathie du tendon rotulien (qui était une atteinte purement d'origine malade).

D'une part, on avait une déchirure méniscale interne survenue en mars 2021, prise en charge chirurgicalement en mai 2021, compliquée d'une récurrence de déchirure avec nécessité d'une nouvelle arthroscopie en mars 2023.

D'autre part, on avait une tendinopathie du tendon rotulien, qui constituait une atteinte malade. Celle-ci avait nécessité d'abord l'ablation d'un fragment osseux le 9 septembre 2022, puis une réinsertion du tendon rotulien le 5 octobre 2023.

La question était maintenant de savoir quelle était la symptomatologie au niveau du compartiment fémoro-tibial interne et la symptomatologie au niveau du tendon rotulien. Le rapport de consultation du 8 décembre 2023 mentionnait une sensation de décharge pouvant évoquer une neuropathie du nerf superficiel (« je suppose du nerf infra-patellaire ») sur la cicatrice antérieure de prise en charge du tendon rotulien. Ceci était une complication de la prise en charge chirurgicale liée à la tendinopathie du tendon rotulien et ne concernait pas l'assurance-accidents. Dans ce rapport de consultation, il n'était pas fait mention du compartiment tibial interne.

Invité à dire si la durée et le type de traitement médical de l'assuré en relation avec l'événement du 17 mars 2021 étaient toujours justifiés, le Dr S_____ a

indiqué que la question était de savoir quelle était la symptomatologie au niveau du compartiment fémoro-tibial d'une part, et du tendon rotulien d'autre part. La réalisation d'une expertise orthopédique semblait de plus en plus justifiée, vu la juxtaposition des plaintes, le manque de clarté des rapports de consultation et la « localité » [*recte* : localisation] actuelle des plaintes.

i. Dans un rapport du 2 janvier 2024, relatif à une scintigraphie osseuse réalisée le même jour, la docteure T_____, médecin nucléaire auprès du Centre hospitalier J_____ (ci-après : J_____) a indiqué avoir exploré une douleur du genou gauche dans un contexte post-opératoire (réinsertion du tendon rotulien début octobre 2023, chondropathie fémorale interne de stade II, ménissectomie de la corne postérieure du ménisque interne gauche en mars 2023, chirurgie d'exérèse d'exostose tibiale antérieure gauche en septembre 2022, résection d'une lésion méniscale interne gauche en mai 2021 sur fissure complexe de la corne postérieure et contusion rotulienne dans le cadre d'un accident du travail (chute). L'exploration montrait :

- une hyperémie intense du tendon rotulien droit et une hyperactivité scintigraphique osseuse de l'insertion sur la TTA (site opératoire) ;
- l'absence d'épanchement articulaire du genou gauche ;
- l'absence d'autre anomalie scintigraphique associée sur le genou gauche et sur l'ensemble de l'exploration du « corps entier ».

En conclusion, il existait des remaniements post-opératoires du tendon rotulien gauche et du site de réinsertion, non spécifiques, vu le délai post-opératoire de trois mois.

j. Par courrier du 22 janvier 2024, l'assureur a informé l'assuré qu'il entendait mettre en œuvre une expertise et qu'il envisageait d'en confier la réalisation au docteur U_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur.

k. Dans un rapport du 9 février 2024, le Dr K_____ a indiqué avoir revu l'assuré en consultation le jour même. Une IRM du genou gauche confirmait les lésions méniscales de la partie médiane de grade III qui étaient à l'origine de blocages par intermittence. Pour traiter cette lésion, le Dr K_____ avait programmé une ménissectomie par arthroscopie du genou.

l. Par courriel du 13 février 2024 à l'assureur, le Dr S_____ a estimé, à la lecture du rapport du 9 février 2024 du Dr K_____, que l'assureur pouvait donner son feu vert à la prise en charge de la ménissectomie évoquée. Dans ces circonstances, il fallait décaler l'expertise prévue, celle-ci devant être menée deux mois après le geste chirurgical.

m. Le 7 mars 2024, le Dr K_____ a procédé à la ménissectomie précitée.

n. Le 25 avril 2024, l'assuré s'est rendu au BUREAU D'EXPERTISES MÉDICALES, à Vevey pour se soumettre à l'examen effectué par l'expert U_____. Ce dernier a rendu ses conclusions le 3 mai 2024.

Les images de la première IRM (du 16 avril 2021) montraient une lésion complexe, prenant toute la corne postérieure jusqu'à la corne moyenne et touchant au moins les deux tiers inférieurs de l'épaisseur du ménisque, qui ne pouvait pas être uniquement liée à une atteinte traumatique, mais s'expliquait par un état antérieur (méniscope dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne). En conséquence, l'accident du 17 mars 2021 avait révélé des troubles dégénératifs débutants et l'action vulnérante de celui-ci les avait probablement aggravés. Dans ce contexte, on aurait pu discuter de la survenance d'un *statu quo sine* à trois mois de la première intervention qui avait été réalisée le 7 mai 2021. Malheureusement, un traitement insuffisant de résection de la corne postérieure avait induit deux récurrences de déchirure, nécessitant deux arthroscopies complémentaires dont la dernière remontait au 7 mars 2024. Ceci faisait qu'il était difficile de fixer un *statu quo sine* avant la dernière intervention arthroscopique et ses suites. Aussi convenait-il d'arrêter ce moment trois mois après l'intervention de mars 2024, soit au début du mois de juin 2024. En effet, actuellement, les plaintes émises par l'assuré ne concernaient pas le compartiment interne, où avait eu lieu une résection de la corne postérieure du ménisque en trois temps, dont l'aggravation était probablement traumatique, elles étaient liées à des facteurs étrangers à l'accident, à savoir aux conséquences de la résection d'une prétendue exostose de la TTA (réalisée le 9 septembre 2022), compliquée d'une tendinopathie et d'une déchirure partielle externe du tendon rotulien, qui avait dû être réinséré le 5 octobre 2023 et qui restait fortement inflammatoire. De plus, l'une ou les deux opérations dans la région de la TTA avaient induit une neuropathie sensitive iatrogène.

Interrogé sur la capacité de travail, l'expert a indiqué que dans l'activité habituelle d'agent de sécurité, la capacité de travail était de 0% et à vie, en lien avec l'atteinte séquellaire non-traumatique. Quant aux limitations fonctionnelles (changement de position au moins toutes les 60 à 90 minutes, rayon de marche inférieur à 1 km et sur des sols plats, pas de montées ou descentes d'escaliers de manière fréquente, pas d'utilisation de tabourets ou d'échelles, pas de position accroupie ou à genou, pas de ports de charges supérieures à 5 kg), elles étaient toutes en lien avec l'opération de la TTA et non pas en raison des séquelles traumatiques. Ainsi, même si on pouvait normalement s'attendre, d'ici quelques mois, à une capacité de travail proche de 100% – avec peu ou pas de baisse de rendement – dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la question de l'exigibilité d'une telle activité adaptée était sans objet sur le plan de l'assurance-accidents puisque l'assuré avait repris son travail à 100% après la première arthroscopie. Quant aux récurrences de déchirures méniscales, elles justifiaient tout au plus une incapacité de travail post-opératoire de trois mois.

Enfin une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'avait pas lieu d'être octroyée puisque le *statu quo sine* serait probablement atteint en juin 2024.

o. Par décision du 17 juin 2024, l'assureur a exposé en synthèse à la lumière du rapport d'expertise du 3 mai 2024 qu'il n'existait pas de lien de causalité suffisant entre l'accident du 17 mars 2021 et les troubles actuels au genou gauche. Il existait en effet des atteintes d'origine malade indépendante de cet accident, de sorte que cet événement avait seulement décompensé l'état antérieur durant un certain temps, soit jusqu'au 7 juin 2024, ce qui correspondait à une période ayant pris fin trois mois après la troisième méniscectomie. L'assureur était néanmoins disposé à admettre encore, sans reconnaissance d'une obligation, une prise en charge des prestations d'assurance jusqu'au terme définitif de celles-ci, le 30 juin 2024.

p. Le 3 juillet 2024, l'assuré a formé opposition à cette décision en faisant valoir qu'il incombait à l'assureur d'allouer ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical. En l'occurrence, le problème était le suivant : malgré la récurrence de déchirure du ménisque constatée à l'IRM du 16 septembre 2021, les médecins n'avaient pas décidé de compléter la résection méniscale interne, mais de procéder à une résection d'une exostose inexistante selon le rapport d'expertise. Selon ce même rapport, l'intervention du 9 septembre 2022 avait induit des complications majeures, soit la tendinite secondaire et la rupture partielle de la moitié externe du tendon rotulien, qui faisaient encore souffrir actuellement l'assuré. En conséquence, l'assureur supportait les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question.

q. Le 16 août 2024, l'assuré a complété son opposition en relevant qu'en plus de l'intervention chirurgicale inutile du 9 septembre 2022, une « mauvaise manipulation du physiothérapeute » avait été effectuée en 2023 lors du traitement médical, ce qui avait très probablement encore péjoré l'état de santé de l'assuré. Le rapport de consultation du 8 septembre 2023 du Dr K_____ en attestait. Cela constituait possiblement un nouvel accident ou en tout cas une autre lésion causée lors du traitement médical.

r. Par décision du 18 novembre 2024, l'assureur a rejeté l'opposition en exposant que même si l'expert U_____ ne comprenait pas les raisons de l'intervention du 9 septembre 2022 – puisqu'il ne relevait pas d'exostose visible aux images radiologiques –, il convenait de souligner que ce spécialiste indiquait aussi qu'il s'agissait du traitement d'un trouble de nature dégénérative. Même s'il était exact que l'assureur-accidents supportait les conséquences d'une lésion survenue lors d'un traitement médical, encore fallait-il que le traitement en question soit réalisé dans le but de soigner une atteinte en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. En effet, selon l'expert, la petite proéminence de la TTA – reséquée le 9 septembre 2022 – n'avait rien à voir avec le traumatisme initial. Quant à la manipulation qui aurait été imputable au physiothérapeute en 2023, mentionnée dans le rapport du 8 septembre 2023 du

Dr K_____, et qui aurait justifié la réinsertion du tendon rotulien, il s'agissait d'une complication de l'exostosectomie du 9 septembre 2022. De plus, aucun rapport ne mentionnait que la rupture partielle externe du tendon rotulien eût été directement provoquée par une mauvaise manipulation de la part de ce physiothérapeute. Dès lors, les suites de ce geste ne pouvaient pas être prises en charge.

- D.** a. Le 27 décembre 2024, l'assuré, représenté par LOYCO, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et au versement des prestations d'assurance au-delà du 30 juin 2024.

À l'appui de sa position, il a fait valoir, en substance, que l'intimée avait tenté de mettre un terme aux prestations d'assurance par décision du 15 septembre 2022 en alléguant que le traitement médical des suites de l'accident du 17 mars 2021 aurait pris fin en septembre 2021 déjà. Saisie d'une opposition à l'encontre de cette décision, l'intimée avait finalement annulé cette dernière le 28 septembre 2023, ce qui s'était soldé « par une prise en charge sans conditions de l'intimée ». Le refus *a posteriori* de la prise en charge des interventions du 9 septembre 2022 (exostosectomie) et du 20 mars 2023 (ménisectomie et infiltration de Diprostène du tendon rotulien) n'était donc possible que dans le contexte juridique bien particulier de la reconsidération d'une décision ou d'une décision sur opposition passée en force. Les conditions pour ce faire n'étaient pas réunies en l'espèce. Aussi n'était-il pas possible d'exclure après coup notamment la causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 17 mars 2021 et l'intervention du 9 septembre 2022. Dans le cadre de son expertise, le Dr U_____ avait bien précisé que les suites de l'accident du 17 mars 2021 n'étaient pas terminées après la première intervention chirurgicale du 7 mai 2021 puisqu'il ressortait du rapport IRM du 16 septembre 2021 que la lésion de la corne postérieure du ménisque interne n'avait été reséquée qu'*a minima* et qu'il perdurait manifestement une fissure. Le problème était qu'il n'avait pas été décidé d'emblée de compléter la résection méniscale interne. En lieu et place, on avait commencé à évoquer la présence d'une exostose douloureuse – inexistante à l'IRM – qui avait fait l'objet d'une résection le 9 septembre 2022, ce qui était constitutif d'une option thérapeutique erronée. Ainsi, on ne pouvait pas présenter l'exostose comme une atteinte sans lien avec l'accident du 17 mars 2021 et faire comme si celle-ci n'avait jamais existé. Par ailleurs, il était indéniable qu'une seconde opération au ménisque avait dû être effectuée le 20 mars 2023 et que, rétrospectivement, le choix du traitement du 9 septembre 2022 n'avait pas été le bon. L'état de fait correspondait donc bien à un risque qu'il incombait à l'intimée de prendre en charge au-delà du 30 juin 2024, à savoir celui d'une lésion causée dans le cadre du traitement médical pour les suites d'un accident assuré. Quant à la mauvaise manipulation, elle constituait également une lésion causée dans le cadre du traitement médical des suites de l'accident du 17 mars 2021.

b. Par réponse du 30 janvier 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, en faisant valoir ce qui suit : partant du constat que l'intervention du 9 septembre 2022 avait provoqué des conséquences négatives sur son état de santé, qui perduraient au-delà du 30 juin 2024, le recourant semblait soutenir que la communication du 28 septembre 2023, annulant la décision du 15 septembre 2022, aurait impliqué une acceptation formelle du lien de causalité entre l'intervention précitée et l'accident du 17 mars 2021. Cependant, la décision du 15 septembre 2022 concernait les plaintes du recourant au ménisque interne gauche qui, de l'avis du médecin-conseil de l'intimée, présentaient encore un lien de causalité suffisant avec l'événement du 17 mars 2021. Cela signifiait que la décision précitée fixait un *statu quo* qui était prématuré, mais pas que son annulation, le 28 septembre 2023, aurait impliqué la reconnaissance d'un lien de causalité entre l'intervention du 9 septembre 2022 et ses suites. Le fait que l'intimée n'ait pas explicitement nié le lien de causalité entre l'intervention du 9 septembre 2022 et ses suites auparavant ne l'empêchait pas de la faire maintenant. Il paraissait clair que le recourant avait souffert à la fois d'atteintes traumatiques et dégénératives à différentes parties de son genou gauche. La prise en charge de son incapacité de travail avait été assurée par l'intimée dans son intégralité tant que l'atteinte à la santé était au moins partiellement due à l'accident. Par simplification, mais sans reconnaissance d'obligation, tous les traitements au genou gauche avaient été pris en charge jusqu'à la date du *statu quo sine* fixée par l'expert. Quant à la manipulation du genou gauche effectuée par un physiothérapeute, son effet – tel qu'il était décrit dans le rapport du 8 septembre 2023 du Dr K_____ – se situait au niveau du tendon rotulien et non pas du ménisque interne. Il paraissait dès lors évident qu'aucun lien de causalité entre ce traitement et l'accident du 17 mars 2021 ne pouvait être retenu. Enfin, aucune pièce du dossier n'indiquait que la manipulation du physiothérapeute eût été mauvaise, qu'il y aurait eu une erreur médicale, ou encore que la désinsertion du tendon rotulien aurait effectivement eu lieu lors de ce traitement dont on ne connaissait même pas la date exacte.

c. Par pli du 31 mars 2025, le recourant a indiqué qu'il renonçait à déposer des déterminations complémentaires.

d. Le 1^{er} avril 2025, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier à l'intimée.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

1.4 Interjeté dans la forme et le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

- 2.** Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si dans les suites de l'accident du 17 mars 2021, l'intimée était fondée à supprimer, avec effet au 30 juin 2024, le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles persistant au-delà de cette date et, d'autre part, si ces prestations, qui ont été fournies en raison de l'atteinte accidentelle du genou gauche le 17 mars 2021, devraient également être servies pour les remaniements non traumatiques de ce genou (tendinopathie et déchirure du tendon rotulien), apparus au décours de l'intervention chirurgicale pratiquée le 9 septembre 2022.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non, 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).

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

3.2 Dans un ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle

au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

3.3 L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. L'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) dispose en outre, sous la note marginale « autres lésions corporelles », que l'assuré a également droit aux prestations d'assurance pour les lésions corporelles qu'il subit lors d'un examen médical ordonné par l'assureur ou rendu nécessaire par d'autres circonstances (*cf.* art. 10 OLAA). Par ce biais, il a été institué une catégorie de prestations obligeant l'assureur-accidents à fournir ses prestations pour des lésions causées lors d'un traitement (Irene HOFER, *in* FRÉSARD-FELLAY, LEUZINGER, PÄRLI [éd.], *Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz*, 2019, n. 108 *ad* art. 6 LAA). En effet, les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (*cf.* l'art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.2 et les références). En cas de lésions consécutives à un traitement médical, les prestations que doit allouer l'assureur-accidents correspondent à celles qui sont prévues au titre 3 de la LAA (Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS *in* Meyer [éd.], *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3^e éd. 2016, p. 948, n. 149).

3.4 En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 17 mars 2021 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque même dans l'affirmative, la cause

devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que, si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 4.2 et 4.3).

4. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 17 mars 2021, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Quant à la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations pour les lésions qui lui auraient été causées lors du traitement médical, elle sera examinée dans un second temps (cf. ci-après : consid. 9.2.1).

4.1 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

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

4.3 Sous la note marginale « concours de diverses causes du dommage », l'art. 36 al. 1 LAA dispose que les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

4.4 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la

causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.

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

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

5.2.1 Ainsi, 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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

5.2.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 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 52b ; 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).

5.2.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée

par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

- 7.

7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n. U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas

être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

8. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 En l'occurrence, il ressort, en synthèse, du dossier qu'en chutant le 17 mars 2021 dans un escalier dans le cadre de son travail, l'assuré a subi une lésion fissuraire complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec contusion osseuse intraspongieuse du compartiment antérieur de la rotule (*cf.* rapport IRM du 16 avril 2021). Pour cette atteinte, l'intimée a servi des prestations provisoires (prestations pour soins et indemnités journalières), auxquelles elle a mis fin une première fois par décision du 15 septembre 2022, estimant que le *statu quo ante vel sine* était atteint selon son médecin-conseil, le Dr L_____. Suite à l'opposition formée le 10 novembre 2022 par l'assuré et à l'avis du 26 septembre 2023 du Dr H_____, autre médecin-conseil consulté par l'intimée – retenant la nécessité d'une expertise, vu l'intrication des lésions d'origine accidentelle (lésions méniscales) et malade (tendinopathie rotulienne) –, l'intimée a indiqué par courrier du 28 septembre 2023 qu'elle annulait la décision précitée et allouerait « normalement [ses] prestations pour ce cas ». Après avoir encore recueilli l'avis du Dr S_____, du 15 décembre 2023, confirmant en substance l'appréciation du 26 septembre 2023 du Dr H_____, l'intimée a confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr U_____. Celui-ci y a procédé le

25 avril 2024 et a rendu ses conclusions le 3 mai 2024. Dès lors que la décision litigieuse se fonde sur ce rapport d'expertise pour mettre fin aux prestations provisoires le 30 juin 2024, il convient d'en examiner la valeur probante (*cf.* ci-après : consid. 9.2).

9.2 En l'espèce, il ressort des explications claires de l'expert orthopédiste qu'en « l'état actuel », soit au moment de l'expertise, les plaintes émises par l'assuré ne concernaient pas le compartiment interne – où avait eu lieu une résection de la corne postérieure du ménisque en trois temps (la troisième fois le 7 mars 2024), dont l'aggravation s'inscrivait probablement dans les suites de l'accident du 17 mars 2021 –, mais qu'elles étaient liées à des facteurs étrangers à cet événement, à savoir aux conséquences de l'exostosectomie du 9 septembre 2022 et de l'aggravation déterminante que ce traitement chirurgical avait induite sur le plan des limitations fonctionnelles et de l'incapacité de travail définitive dans l'activité habituelle (*cf.* rapport d'expertise, p. 17 et 19). S'agissant du caractère étranger à l'accident de l'intervention du 9 septembre 2022, l'expert le motive en exposant que trois mois après la première méniscectomie, dont il admet le lien de causalité avec l'accident, la réapparition de douleurs constituait une indication à compléter dès ce moment la résection méniscale interne, mais que « pour une raison incompréhensible, on [avait] commencé à évoquer la présence d'une exostose douloureuse dans la région de la [TTA]. Ceci [avait] débouché le 09.09.2022 sur une intervention [...] avec résection de cette exostose. Le problème [était] que sur les IRM, il n'y [avait] jamais eu d'exostose. Il [n'avait] jamais été constaté d'inflammation osseuse dans cette région. Il n'y [avait] jamais eu de tendinite rotulienne, ni aucune autre lésion dans la région. On [pouvait] donc qu'être surpris par cette deuxième opération et malheureusement pas étonné qu'elle n'ait pas amélioré la situation. Au contraire, une complication majeure secondaire [allait] apparaître, sous la forme d'une tendinite secondaire, ayant induit un épaississement localisé, puis une rupture partielle de la moitié externe de ce tendon rotulien. Ceci [avait] obligé le chirurgien à réopérer l'assuré [le 5 octobre 2023] pour fixer ce tendon rotulien [...]. Sur le plan de la causalité [...], on ne [comprendait] pas l'indication initiale à réséquer cette exostose non visible sur les clichés standards ou sur les IRM. On ne [pouvait] que suspecter qu'il devait s'agir d'une petite proéminence de la TTA sur une probable séquelle d'Osgood-Schlatter juvénile. Dans ces conditions, cette dernière n'ayant rien à voir avec le traumatisme initial, il [était] clair que la prise en charge de ces deux interventions [du 9 septembre 2022 et du 5 octobre 2023] et de l'arrêt de travail qui en [avait] découlé et [perdurait] actuellement en lien avec les troubles neuropathiques et tendineux, [n'était] pas à la charge de l'assureur LAA » (*cf.* rapport d'expertise, p. 14-15).

Concernant à présent les atteintes traumatiques – que l'expert U_____ admet, tout en considérant que celles-ci ont cessé de déployer leurs effets trois mois après la troisième et dernière méniscectomie – les explications données, qui se réfèrent

aux trois interventions (ménisctomies par arthroscopie des 7 mai 2021, 20 mars 2023 et 7 mars 2024), sont les suivantes : « si au premier protocole opératoire, on ne [décrivait] aucune atteinte cartilagineuse, en revanche, il [était] bien mentionné, au deuxième protocole opératoire du genou, une chondrite stade III du condyle fémoral interne et de la trochlée, associée à une chondrite stade II du plateau tibial. Cependant, après avoir examiné les images des IRM, [l'expert n'avait] pas constaté d'atteinte aussi importante que ce soit dans le compartiment interne ou fémoro-patellaire. De plus, lors de la troisième arthroscopie, il [n'était] plus décrit d'atteinte cartilagineuse. Au contraire, les cartilages [étaient] mentionnés comme sans particularité. C'est pourquoi, on ne [pouvait] pas admettre que l'événement initial [avait] induit une aggravation durable sous la forme d'une chondrolyse. Même si le patient n'était pas symptomatique, on était déjà manifestement sur une atteinte dégénérative de la corne postérieure méniscale interne au vu des premières images IRM. L'événement [n'avait] donc que révélé et probablement légèrement augmenté cette lésion, obligeant à une première arthroscopie. Mais on [pouvait] affirmer que ce ménisque interne se serait aggravé de toute façon avec le temps. Les raisons les plus probables de la lésion complexe initiale constatée [étaient] l'âge du patient, puisqu'il [avait] dépassé la quarantaine et surtout ses activités sportives, puisqu'il [avait] pratiqué de la boxe [...] pendant douze ans et après cela de la course à pied sur de très longues distances. En conclusion, cela [permettrait] de poser un *statu quo sine* » (cf. rapport d'expertise, p. 15-16). Concernant ce dernier point, l'expert précise qu'on aurait pu « discuter de poser un *statu quo sine* à trois mois de la première intervention » mais « qu'un traitement insuffisant de résection de la corne postérieure [avait] induit deux récurrences de déchirures, nécessitant deux arthroscopies complémentaires, dont la dernière [venait] d'avoir lieu en mars 2024. Ceci [avait pour conséquence] qu'il était difficile d'émettre un *statu quo sine* avant la dernière intervention arthroscopique et ses suites, soit à trois mois post-opératoire » (cf. rapport d'expertise, p. 18), étant précisé que « les plaintes émises par [l'assuré] et les troubles constatés [n'étaient] pas de manière probante actuellement en relation avec l'événement du 17.03.2021 » (rapport d'expertise, p. 17).

Il sied de relever que le Dr U_____ a rendu un rapport d'expertise fondé sur une documentation complète, une anamnèse médicale, familiale et socio-professionnelle, que ce rapport relate les plaintes du recourant et qu'il comporte un *status* orthopédique fouillé et une analyse approfondie du dossier radiologique et des comptes rendus opératoires. En outre, le raisonnement développé est précis et les réponses aux questions cohérentes et bien motivées. Ce rapport d'expertise doit dès lors se voir reconnaître valeur probante. Il s'ensuit que l'intimée était en principe fondée à mettre fin aux prestations pour soins et aux indemnités journalières au 30 juin 2024.

9.2.1 Le recourant ne conteste pas que l'accident du 17 mars 2021 ait causé une atteinte passagère. Il soutient que le caractère durable de celle-ci – i.e. s'étendant au-delà de la date du 30 juin 2024 prévue dans la décision litigieuse pour la fin du droit aux prestations – serait la conséquence du traitement médical (interventions des 9 septembre 2022 et 5 mars 2023) pris en charge par l'intimée.

La chambre de céans relève tout d'abord que malgré les conclusions de l'expert, exonérant l'intimée de la prise en charge des interventions des 9 septembre 2022 et 5 mars 2023, vu leur absence de causalité avec l'accident, l'intimée a tout de même pris en charge l'ensemble des traitements administrés au genou gauche jusqu'au 30 juin 2024 « pour des raisons administratives et de simplification » (cf. décision litigieuse, p. 12).

On rappellera et précisera ensuite que pour que l'art. 6 al. 3 LAA s'applique, une causalité partielle avec le traitement médical suffit et qu'il n'est pas nécessaire que les lésions résultant du traitement médical, pour autant qu'elles soient avérées, soient elles-mêmes constitutives d'un accident ou le fruit d'une erreur médicale (cf. ci-dessus : consid. 3.3 et HOFER, *op. cit.*, n. 108 *ad* art. 6 LAA).

En l'espèce, il ressort des explications détaillées de l'expert U_____ que des complications (prenant la forme de troubles neuropathiques et tendineux) sont la conséquence des interventions des 9 septembre 2022 et 5 mars 2023 et que ces actes chirurgicaux ont induit une aggravation durable de l'état de santé du recourant. Cela n'est toutefois pas suffisant en l'absence d'un droit au traitement médical fondé sur l'art. 10 LAA (cf. ci-dessus : consid. 3.3). Exprimée en d'autres termes, la responsabilité de l'intimée en vertu de l'art. 6 al. 3 LAA pour les troubles neuropathiques et tendineux découlant des interventions des 9 septembre 2022 et 5 mars 2023 supposerait que ces dernières aient servi à traiter les conséquences d'un accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_843/2014 du 18 mars 2015 consid. 6 et les arrêts cités), ce qui n'est précisément pas le cas (cf. ci-dessus : consid. 9.2). On relève d'ailleurs que le recourant ne produit aucun avis médical dissident sur ce point.

9.2.2 Le recourant soutient néanmoins qu'en annulant, le 28 septembre 2023, la décision du 15 septembre 2022, l'intimée aurait décidé « d'une prise en charge sans conditions », de sorte que « le refus *a posteriori* de la prise en charge [des interventions des 9 septembre 2022 et 5 mars 2023] » ne serait possible que dans le cadre bien particulier de la reconsidération d'une décision ou d'une décision entrée en force (art. 53 al. 2 LPGA).

Ce raisonnement ne saurait être suivi. En tant que la décision du 15 septembre 2022 refusait de prendre en charge les frais de traitement dès septembre 2021 et les périodes d'incapacité de travail survenues en 2022, c'était sur la base de l'avis médical du Dr L_____, ultérieurement contredit par le Dr H_____, ce dernier estimant qu'il n'était pas encore possible, en l'état lacunaire du dossier, de se prononcer sur la survenance d'un *statu quo sine* (cf. avis du 15 novembre 2022 du

Dr H_____). Dans ce contexte factuel, le courrier du 28 septembre 2023, annulant la décision du 15 septembre 2022, n'avait pas de portée autre que la renonciation à fixer un *statu quo* en l'état de l'instruction du dossier. On ne voit pas en quoi il aurait contenu un engagement – au demeurant contraire au régime légal des art. 6 al. 3 et 10 LAA – de prendre en charge les troubles induits par les actes chirurgicaux des 9 septembre 2022 et 5 mars 2023, alors qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ceux-ci n'ont pas servi à traiter les conséquences de l'événement du 17 mars 2021. Ceci vaut également pour la manipulation effectuée dans le cadre de la kinésithérapie, lors de laquelle le recourant aurait senti un craquement au niveau de l'insertion du tendon rotulien (cf. rapport du 8 septembre 2023 du Dr K_____), aucun lien de causalité entre ce traitement et l'accident du 17 mars 2021 ne pouvant être retenu.

9.3 Dans un troisième moyen, le recourant soutient que la manipulation évoquée dans le rapport du 8 septembre 2023 serait elle-même constitutive d'un accident.

9.3.1 Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

Les atteintes survenues à l'occasion d'actes médicaux ne remplissent l'exigence du caractère extraordinaire que si l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques. Une erreur de traitement peut être constitutive d'un accident – on parle parfois d'« accident médical » – dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladresse grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel (cf. Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 923, n. 97 et les références citées).

9.3.2 Le demandeur doit rendre plausibles les circonstances d'un accident. Des informations incomplètes, imprécises ou contradictoires ne satisfont pas à cette exigence. Pour rendre un accident plausible, il ne suffit pas de prouver une atteinte à la santé qui pourrait être imputable à un accident, mais il faut fournir des informations véridiques, précises et, si possible, détaillées sur les faits concrets, afin que l'assureur puisse se faire une idée des circonstances de l'accident et les clarifier de manière objective (cf. André NABOLD, *in* STAUFFER / CARDINAUX [éd.], *Rechtsprechung UVG*, 5^e éd. 2024, p. 30 et les arrêts cités).

9.3.3 En l'espèce, on ne saurait considérer que le recourant n'aurait pas rendu plausible la survenance d'un accident en lien avec la « manipulation » à laquelle il est fait référence dans le rapport du 8 septembre 2023 du Dr K_____. Même s'il n'est pas précisé de quel type de « manipulation » il s'agissait et à quelle date cet événement se serait produit, on comprend néanmoins à la lecture du rapport du 8 septembre 2023 que l'événement aurait eu lieu entre l'intervention du 9 septembre 2022 et celle du 5 octobre 2023 et que le recourant aurait senti un craquement au

niveau de l'insertion du tendon rotulien lors de cette manipulation. En outre, même s'il ne ressort pas du rapport du 8 septembre 2023 que le physiothérapeute aurait commis une erreur de traitement à cette occasion, le recourant n'en précisait pas moins dans son complément d'opposition du 16 août 2024 qu'il s'agissait d'une « mauvaise manipulation ». Dans ces circonstances, il existe à tout le moins des indices appelant des investigations supplémentaires de la part de l'intimée. Aussi est-il prématuré, en l'état, de mettre un terme aux prestations au 30 juin 2024, sans que la question d'un éventuel accident médical, survenu au cours d'une séance de physiothérapie, n'ait été instruite à satisfaction de droit.

10.

10.1 Compte tenu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis, au sens des considérants. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

10.2 Le recourant, représenté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité 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]), fixée en l'espèce à CHF 1'500.-.

10.3 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. Annule la décision sur opposition du 18 novembre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, 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