

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1996, a travaillé, dès le mois de mars 2016, comme réceptionniste à temps partiel dans un hôtel à Genève. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès d'Hotela Assurances SA (ci-après : Hotela ou l'intimée).
2. Le 8 novembre 2013, l'assuré a subi au Portugal une première intervention chirurgicale du genou droit – ménisectomie partielle –, en lien avec une rupture incomplète du tiers postérieur d'un ménisque (discoïde).
3. Le 2 juin 2017, l'assuré s'est blessé au genou droit en jouant au football.
4. Le 3 juin 2017, une première radiographie du genou droit a été réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), laquelle a mis en évidence un épanchement articulaire, sans lésion ostéo-articulaire « post-traumatique » aiguë.
5. Dans un rapport du 6 juin 2017, la doctoresse B_____, du service des urgences des HUG, a retenu le diagnostic de traumatisme aigu du genou. L'assuré avait consulté après avoir chuté sur son genou droit, selon un mécanisme peu clair. Il souffrait depuis lors de douleurs au niveau latéral, accompagnées d'une sensation de lâchage.
6. Le 7 juin 2017, le docteur C_____, radiologue, a réalisé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit de l'assuré, et conclu à une « amputation de la majeure partie de la substance du corps du ménisque externe. De plus, présence d'une image fissuraire horizontale et oblique de la corne antérieure du ménisque externe et importante hétérogénéité et aspect fissuraire également de la corne postérieure du ménisque externe. Intégrité du ménisque interne. Intégrité du ligament collatéral interne. Épanchement intra-articulaire abondant ». Il n'y avait pas d'évidence de déchirure méniscale.
7. Le 12 juin 2017, l'assuré a informé Hotela, par le biais d'un formulaire, qu'il était tombé, le 2 juin précédent, en jouant au football et qu'il s'était blessé le genou droit. Sous type de lésion, il a mentionné une torsion du genou droit.
8. Dans un rapport du 26 juillet 2017, les docteurs D_____ et E_____, du service de chirurgie orthopédique des HUG, ont confirmé que l'assuré présentait des douleurs du compartiment externe du genou droit, associées à une sensation d'instabilité. L'examen clinique et les imageries montraient une laxité postéro-externe, notamment dans un contexte de status post-ménisectomie importante. Cette laxité antérieure paraissait consécutive au problème méniscal plus qu'à un défaut de tension du ligament croisé antérieur. Une intervention chirurgicale était envisagée.
9. Une nouvelle radiographie a été réalisée le 27 juillet 2017, laquelle a mis en évidence, au niveau du genou droit, un valgus (6°), un tiroir postérieur (9 mm) et un

tiroir antérieur (5 mm). En revanche, il n'a pas été constaté de tuméfaction, ni de séquelles d'opérations antérieures.

10. L'assuré a indiqué à Hotela le 31 juillet 2017 que le 2 juin 2017, il avait perdu l'équilibre et avait chuté sur son genou droit, dans une position où son genou était tordu, alors qu'il courait et effectuait un changement de direction dans le cadre d'une partie de football. Ressentant une très vive douleur ainsi qu'une grande instabilité dans son genou, il avait eu des difficultés à se relever. Par la suite, il avait consulté les urgences des HUG.
11. L'assuré a été opéré du genou droit par le Dr D_____ le 14 septembre 2017 (suture complexe du corps méniscal et suture horizontale de la corne postérieure du ménisque externe). Dans son rapport opératoire, le chirurgien a retenu le diagnostic « [d'] instabilité postéro-externe de grade I avec lésion radiaire subtotale du corps méniscal externe en pré-hiatale ».
12. Invité par Hotela à se déterminer sur la prise en charge de l'opération, le docteur F_____, médecin-conseil et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rappelé, le 15 septembre 2017, que l'assuré avait été opéré en 2013 d'une rupture du ménisque discoïde externe du genou droit. À la question de savoir si l'IRM réalisée le 7 juin 2017 montrait des lésions accidentelles en relation avec l'événement du 2 juin 2017, il a répondu : « l'événement est tout au plus une causalité aléatoire, car le patient présente une malformation congénitale (ménisque discoïde). Ce dernier prend trop de place dans le genou, qui finit par se faire écraser et se déchirer. Manifestement préexistant et non traumatique → pas à votre charge ».
13. Par courrier du 20 octobre 2017, Hotela a informé l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge l'événement du 2 juin 2017, conformément à l'avis de son médecin-conseil. L'assuré pouvait requérir le prononcé d'une décision formelle.
14. Le 20 novembre 2017, le Dr D_____ a adressé au médecin-conseil d'Hotela un courrier : « [...] ce patient de 21 ans, opéré en 2013 par arthroscopie pour une méniscoplastie en raison d'un ménisque discoïde, avait été clairement victime d'un accident important survenu lors de la pratique du football le 2 juin 2017. Lors de mon examen clinique, mais surtout aussi lors de l'IRM réalisée le 7 juin 2017, un net épanchement était visualisé (malheureusement non mentionné dans le rapport de radiologie), dont je vous laisse le soin de visionner les images. Bien qu'un ménisque discoïde risque de se déchirer plus tôt qu'un ménisque "normal", le patient de 21 ans [est] pour ceci tout de même très jeune. Surtout que le traitement adéquat a été effectué par arthroscopie en 2013 au Portugal. En plus, une lésion complexe et quasi radiaire n'est typiquement pas vue en conséquence d'une lésion dégénérative dans la situation d'un ménisque discoïde Les lésions dégénératives du ménisque discoïde sont plutôt considérées comme un détachement périphérique ou

comme des réactions au niveau de la racine antérieure, avec des clivages horizontaux. Ceci [n'est] pas du tout le cas de ce patient. Vu le contexte et l'anamnèse, l'épanchement post-traumatique, le type de lésion et l'âge du patient, selon mon avis, tous les critères sont réunis pour cette lésion parlant en faveur d'une lésion traumatique et nullement d'une lésion dégénérative, dans [le] contexte d'un ménisque discoïde. Le patient est en possession des images arthroscopiques de sa première intervention chirurgicale, réalisée en 2013, qui ne montrent aucun dégât dégénératif du ménisque externe post-méniscoplastie, ainsi qu'une intervention correcte effectuée par l'orthopédiste au Portugal. Pour toutes les raisons et faits évoqués, je vous prie donc de bien vouloir réévaluer le dossier de ce patient en vous basant sur les images de l'IRM réalisée en juin 2017 et les images arthroscopiques de 2013 [...] ».

15. Invité par Hotela à se déterminer sur le courrier du Dr D_____, le médecin-conseil a relevé, le 7 décembre 2017, que « [ce] courrier [n'était] pas probant, car une déchirure du ménisque discoïde se [faisait] dans la zone anormale et non pas près du mur ». Dans un avis subséquent du 25 janvier 2018, le médecin-conseil a toutefois préconisé la mise en œuvre d'une expertise.
16. Hotela a diligenté cette expertise auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 23 mai 2018, l'expert a retenu les diagnostics de « gonarthrose externe droite débutante après méniscectomie partielle d'un ménisque externe discoïde » et de « status après méniscectomie de la zone moyenne du ménisque externe droit pour déchirure d'un ménisque externe discoïde ». Il a exposé que l'assuré, sportif depuis l'enfance (gymnastique et rink-hockey) avait été engagé comme hockeyeur professionnel à Genève, où il avait parallèlement entamé des études de marketing à l'université. En 2013, alors qu'il vivait encore au Portugal, il avait subi un premier accident (chute d'un joueur sur sa jambe droite), qui s'était soldé par une déchirure du ménisque discoïde externe du genou droit, puis une intervention chirurgicale à la fin de l'année 2013. L'assuré avait pu reprendre les entraînements, puis les matchs en septembre 2014, décrivant alors un genou droit exempt de douleurs et de lâchages. En 2015, après une saison, il avait cessé le sport professionnel et décidé de privilégier ses études, commençant, dès 2016, à travailler à temps partiel parallèlement à ses études. Le 2 juin 2017, lors d'un match de football amateur, son genou droit avait « lâché », alors qu'il changeait brusquement de direction et prenait appui sur sa jambe droite. Une IRM réalisée cinq jours après l'événement avait mis en évidence une « déchirure » horizontale et oblique du ménisque externe. Par la suite, l'évolution avait été défavorable et une suture chirurgicale ainsi qu'une résection du ménisque avaient été pratiquées le 14 septembre 2017. La rééducation s'était révélée difficile, mais l'assuré avait néanmoins pu reprendre le travail à la fin de l'année 2017.

Actuellement, l'assuré, qui poursuivait sa physiothérapie, ne ressentait plus d'instabilité et pouvait marcher, mais n'avait pas encore pu recommencer à courir. Dans son appréciation du cas, l'expert a relevé que le bilan arthroscopique de novembre 2013 avait confirmé l'existence d'un ménisque discoïde et montré une déchirure incomplète du tiers postérieur du ménisque externe, raison pour laquelle une ménisectomie partielle avait été pratiquée. Le bilan radiologique du 3 juin 2017 – réalisé consécutivement à la chute – montrait déjà un aplatissement du condyle externe, avec une ébauche d'ostéophyte du plateau tibial externe, tandis que l'IRM du 7 juin 2017 témoignait d'un épanchement relativement important, sans lésion ligamentaire, d'une disparition pratiquement complète du ménisque externe, d'une hétérogénéité et d'un hypersignal des cornes antérieures et externes résiduelles. On était typiquement en présence d'un ancien ménisque discoïde partiellement reséqué, qui était plus fragile qu'un ménisque externe normal. S'agissant du point de savoir si la lésion méniscale observée le 7 juin 2017 était en relation causale avec l'événement du 2 juin 2017, l'expert relevait que le ménisque discoïde que présentait l'assuré était une anomalie congénitale relativement rare. La structure d'un tel ménisque le rendait théoriquement plus sensible aux lésions qu'un ménisque normal. Dans le cas de l'assuré, il y avait clairement des antécédents d'un ménisque externe discoïde déjà lésé, qui avait fait l'objet d'une opération en 2013. La ménisectomie partielle réalisée en 2013 avait laissé des stigmates, tels qu'une ostéophytose, apparaissant sur les clichés du 3 juin 2017. Quant à l'IRM du 7 juin 2017, elle témoignait d'un ménisque totalement dégénératif sur ses cornes antérieures et postérieures résiduelles, d'une zone médiane pratiquement inexistante, partiellement extrudée, et d'un kyste méniscal, lié à une pathologie chronique dégénérative du ménisque. Il n'existait aucun argument en faveur d'un événement traumatique, tel qu'une contusion osseuse ou une lésion ligamentaire. L'on était donc en présence d'une gonarthrose débutante du compartiment externe droit. En définitive, au vu des éléments en présence (absence de traumatisme ; dérobolement du genou droit sans lésion du ligament croisé antérieur ; ménisque externe discoïde déjà lésé avec ménisectomie partielle ; mise en évidence d'un reliquat méniscal discoïde externe dégénératif), il n'existait, selon l'expert, qu'un lien de causalité « possible » entre l'événement du 2 juin 2017 et les troubles constatés chez l'assuré. À son sens, l'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde, déjà connu et opéré. L'accident avait seulement « révélé » une symptomatologie dégénérative préexistante, sans aggraver l'état de santé. Il s'agissait non pas d'une lésion assimilée, mais d'un état dégénératif, dans le contexte d'une malformation.

17. Par décision du 22 juin 2018, Hotela a refusé de prendre en charge l'événement du 2 juin 2017, au motif que selon l'expertise du Dr G_____, il n'y avait qu'un lien de causalité possible entre les lésions diagnostiquées et l'événement du 2 juin 2017.

L'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde connu. Il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident.

18. Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré s'y est opposé le 24 août 2018.
19. Par décision du 8 novembre 2018, notifiée le 12 novembre 2018, Hotela a rejeté l'opposition. L'assuré ne soulevait aucun argument propre à faire douter de l'expertise du Dr G_____ et son assurance-maladie ne s'était pas opposée à la décision du 22 juin 2018. Partant, Hotela maintenait son refus de prendre en charge l'événement du 2 juin 2017.
20. Par acte du 12 décembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 8 novembre 2018, à ce qu'il soit dit que l'événement du 2 juin 2018 constituait une lésion assimilée à un accident et à ce que l'intimée lui verse des prestations, singulièrement prenne en charge les traitements du genou droit dont il avait bénéficié. L'expert n'avait pas tenu compte du courrier de son chirurgien, le Dr D_____, qui excluait toute origine dégénérative de sa lésion. Son chirurgien avait d'ailleurs estimé que les imageries réalisées par arthroscopie en 2013 ne montraient « aucun dégât dégénératif du ménisque externe post-méniscoplastie ». Par ailleurs, l'expert était parti du postulat erroné qu'il présentait de longue date un ménisque discoïde. Or, s'il avait souffert d'une telle atteinte avant son accident, son genou aurait vraisemblablement « lâché » lors des matchs et entraînements auxquels il avait participé plusieurs fois par semaine. Tel n'avait pas été le cas. À l'instar de ce qu'avait jugé le Tribunal fédéral dans une autre affaire, concernant une torsion du genou dans le cadre d'une partie de football, il convenait d'admettre l'existence d'une lésion assimilée à un accident et de lui reconnaître le droit à des prestations de l'intimée. Pour le reste, on ne pouvait inférer du silence de son assurance-maladie qu'il souffrait d'une lésion d'origine malade.
21. Dans sa réponse du 20 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le fait que les douleurs ne s'étaient manifestées qu'après l'événement du 2 juin 2017 ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle. Par ailleurs, l'expertise du Dr G_____ était probante. L'expert avait confirmé l'existence d'un ménisque discoïde et expliqué que cette anomalie congénitale le rendait plus sensible aux lésions qu'un autre. Selon l'expert, on ne retrouvait aucun indice plaidant pour une origine traumatique sur les imageries. De son côté, son médecin-conseil avait considéré que l'événement du 2 juin 2017 représentait tout au plus une « causalité aléatoire », étant donné que l'assuré présentait un ménisque discoïde, d'origine congénitale. Selon l'expert, l'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde, connu et opéré en

2013. L'expert, qui considérait que le genou de l'assuré présentait un état dégénératif lié à une malformation, avait nié en connaissance de cause tout lien de causalité entre les plaintes et l'événement annoncé. Enfin, l'argument selon lequel les plaintes résultaient d'une lésion assimilée à un accident devait être écarté : si en présence d'une lésion assimilée à un accident, la loi présumait l'existence d'une lésion qui devait être prise en charge, l'assureur pouvait se libérer de son obligation en prouvant que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En l'occurrence, selon l'expertise, l'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose débutante et un ménisque discoïde, déjà connu. Autrement dit, le sinistre avait seulement révélé – mais non provoqué – les lésions constatées. En présence d'un état dégénératif dans le contexte d'une malformation, il n'y avait pas de lésion assimilée à un accident.

22. Le recourant a répliqué le 28 février 2019, persistant dans son argumentation et ses conclusions.
23. Par ordonnance du 3 octobre 2019, la chambre de céans a ordonné une expertise orthopédique du recourant qu'elle a confiée au professeur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH. Selon elle, l'expertise du Dr G_____ ne satisfaisait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Si l'expert avait mis en évidence certains signes de dégénérescence du ménisque droit, il ne s'était pas prononcé de manière claire sur la question – centrale – de savoir si les lésions ayant nécessité l'opération du 14 septembre 2017 étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 juin 2017. D'autre part, l'expertise n'avait pas été établie en pleine connaissance du dossier, puisque l'expert G_____ n'avait ni mentionné, ni a fortiori discuté l'avis contraire du Dr D_____.
24. Le rapport d'expertise du Prof. H_____ se fonde sur les pièces du dossier et l'imagerie, que l'expert a résumées, une anamnèse, un examen clinique et un entretien avec le Dr D_____. Sous anamnèse, le Prof. H_____, a indiqué que selon l'expertisé, l'accident du 2 juin 2017 était survenu alors qu'en sprintant, il avait effectué un changement de direction de 180° vers la gauche, son pied droit restant plaqué au sol sans tourner. À cet instant, le genou s'était tordu, il avait ressenti un « crac » comme si quelque chose avait bougé dans le genou. L'expert a mentionné dans son rapport que le Dr D_____ avait indiqué que l'expertisé avait chuté avec une torsion du genou en courant pendant un match de football. L'expert a encore décrit l'événement tel que l'avait relaté le Dr G_____ dans son expertise, à savoir qu'en courant rapidement, l'assuré avait changé brusquement de direction sur la gauche et que lors de l'appui sur la jambe droite le genou avait lâché et l'assuré était tombé. Le Prof. H_____ a relevé qu'il s'agissait d'un accident avec une chute dont la description était variable dans le dossier.

L'expert a exposé dans son rapport un résumé de la littérature relative aux lésions du genou des sportifs, et des joueurs de football en particulier, relevant notamment que selon BAKER et al., la déchirure méniscale était fortement associée avec la pratique du sport, surtout le football et qu'elle était dans 77% des cas d'apparition brutale. Dans la tranche des 20 à 29 ans, le sport était en cause dans 64,5% des lésions méniscales. MITCHELL et al. rapportaient que 32% des lésions méniscales se faisaient en l'absence de contact et que le mécanisme le plus souvent décrit, dans 42% des cas, était celui d'une rotation autour d'un pied planté. L'IRM permettait de diagnostiquer entre autre les lésions méniscales. Selon la littérature, ce diagnostic n'était pas toujours aisé en présence d'un ménisque discoïde.

Sous conclusions, l'expert a indiqué que l'assuré, à l'âge de 17 ans avait subi un premier traumatisme au genou droit lors d'une partie de rink-hockey. Un diagnostic de ménisque discoïde déchiré (IRM du 12 juin 2013) avait été posé après une intervention consistant en une méniscectomie subtotale réalisée le 7 novembre 2013, au Portugal. Après l'opération, l'assuré avait suivi une rééducation et récupéré totalement pour devenir asymptomatique. Il avait ainsi pu rejoindre une équipe de rink-hockey à Genève. De junior, il était rapidement passé dans la première équipe et avait terminé la saison 2014-2015 en LNA, avec un titre de vice-champion suisse. Il avait alors décidé de stopper la compétition pour se consacrer à ses études, mais avait continué à pratiquer du sport en amateur. Le 2 juin 2017, lors d'un match de football amateur à Genève, il avait subi un deuxième traumatisme. Il avait chuté lors d'un brusque changement de direction, le pied restant plaqué au sol, ce qui avait entraîné une violente torsion du fémur sur le tibia. Les versions de l'accident divergeaient mais la chute était bien réelle. La radiographie standard, faite le lendemain, ne montrait pas de traumatisme osseux, mais mettait en évidence un épanchement. L'imagerie IRM du 7 juin 2017 mettait en évidence une déchirure radiaire en avant du hiatus du ménisque externe ainsi que des signes de déchirures horizontales touchant les cornes antérieures et postérieures et confirmait la présence d'un épanchement. Il n'y avait aucun signe d'arthrose, les cartilages étant décrits comme ayant une épaisseur normale. Devant la persistance des symptômes et après avis spécialisé, l'assuré avait été opéré le 14 septembre 2017 aux HUG sous arthroscopie. Le Dr D_____, avait pratiqué une suture de la déchirure radiaire du ménisque externe du genou droit. Selon lui, il s'agissait d'une lésion traumatique. Par ailleurs l'arthroscopie ne montrait aucun signe articulaire de dégénérescence au niveau des revêtements cartilagineux. Après la période habituelle de réhabilitation, l'assuré avait repris ses activités professionnelles et sportives sans entrave. Lors de l'examen clinique du 23 janvier 2020, le genou droit n'avait pas révélé de pathologie dégénérative, d'instabilité, d'amyotrophie, ni d'épanchement. Finalement, l'assuré avait déclaré à l'expert le jour de l'expertise n'avoir aucune plainte au niveau de son genou droit, ce qu'avait confirmé l'examen clinique. Le

Dr G_____, dans son expertise du 23 mai 2018, évoquait un diagnostic de gonarthrose externe, qui serait la cause de la chute. L'évolution avait donné tort au Dr G_____. Une gonarthrose externe allant vers la chronicisation ne suivait en effet pas ce type de cours : l'amyotrophie et la gêne tendaient à persister et à augmenter avec le temps. Le retour à la normale ou *statu quo ante* n'était pas l'évolution ordinaire de la maladie arthrosique, mais était caractéristique d'un épisode traumatique traité. Les radiographies du Dr G_____ ne démontraient pas, comme il l'affirmait, un modelé arthrosique, mais plutôt tous les signes associés à l'existence d'un ménisque discoïde. Certes, un ménisque discoïde pouvait être plus fragile qu'un ménisque normal, mais le mécanisme lésionnel décrit était compatible avec une lésion méniscale traumatique, même lorsque les ménisques étaient de configuration normale, comme le démontrait amplement la littérature citée dans l'expertise. Pour conclure, l'assuré avait été victime d'un traumatisme classique associé à la pratique du football par de nombreux auteurs. L'intervention chirurgicale avait permis à l'assuré de retrouver une pleine fonction autant dans la vie quotidienne que dans les activités sportives.

Dans les réponses aux questions l'expert a posé les diagnostics, selon l'IRM du 7 juin 2017, :

- d'amputation de la majeure partie de la substance du corps du ménisque externe ; avec présence d'une image fissuraire horizontale et oblique de la corne antérieure du ménisque externe et importante hétérogénéité et aspect fissuraire également de la corne postérieure du ménisque externe ;
- et d'épanchement articulaire abondant.

Ces diagnostics étaient compatibles avec les lésions figurant à l'art. 2 LAA (sic), notamment à des déchirures du ménisque.

S'agissant de la causalité, l'expert se référant aux descriptions de l'accident du 3 juin 2017 figurant au dossier était convaincu que c'était le traumatisme causé par l'événement du 2 juin 2017 qui était avec certitude la cause de la lésion diagnostiquée sur l'imagerie du 7 juin 2017. C'était l'exact mécanisme, décrit à de nombreuses reprises dans la littérature médicale, qui était causal d'une grande proportion de lésions méniscales vue dans une population jeune et sportive. Que le ménisque discoïde ait été plus fragile ne jouait pas de rôle dans la production de la déchirure diagnostiquée. On pouvait aussi affirmer que l'état du ménisque externe, depuis 2013, avait atteint un état de parfaite guérison, puisqu'il avait permis à l'assuré de pratiquer un sport sollicitant particulièrement le genou à un très haut niveau. Il avait donc fallu un traumatisme important pour provoquer la déchirure radiaire diagnostiquée.

Ces atteintes n'étaient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. L'assuré présentait effectivement un ménisque discoïde opéré en 2013, qui avait parfaitement guéri, ce qui lui avait permis de pratiquer une activité sportive de haut niveau notamment en Ligue Nationale A. De surcroît, l'assuré ne présentait pas une gonarthrose externe comme cela était affirmé par le Dr G_____. Les signes radiologiques étaient ceux d'un ménisque discoïde.

C'était le changement de direction brutal, lors de l'évènement du 2 juin 2017, avec le pied planté au sol entraînant une torsion du fémur sur le tibia, qui avait initié la déchirure du ménisque externe. Ce type d'accident au football était largement décrit dans la littérature. Donc, l'évènement du 2 juin 2017 avait joué un rôle certain dans la survenance des atteintes décrites plus haut.

L'expertisé présentait de façon probable (probabilité de plus de 50%) un état maladif préexistant à l'accident. L'assuré présentait un status de ménisque discoïde externe. Ce ménisque discoïde avait été traité par méniscectomie partielle ou subtotale suite à un accident en 2013. Depuis cette intervention en 2013, le patient était resté asymptomatique avec un genou oublié, ce qui lui avait permis de continuer une carrière de sportif de haut niveau. Le genou était considéré comme guéri. La littérature rapportait d'excellents résultats suite à ce type d'intervention chez les patients jeunes. Sur ce status, quatre ans plus tard, l'assuré avait subi un deuxième évènement accidentel clairement décrit et que la littérature médicale considérait comme étant le mécanisme causal le plus fréquent des lésions méniscales encourues notamment lors de pratique du football. En conséquence, il ne s'agissait pas d'une décompensation, mais d'une nouvelle lésion sur le ménisque externe droit restant.

L'accident n'avait pas entraîné une aggravation durable de l'état de santé, puisque l'assuré avait récupéré son genou et qu'actuellement il fonctionnait normalement. On pouvait donc conclure que le ménisque suturé était guéri et que le patient avait retrouvé toutes ses fonctions incluant l'amyotrophie musculaire constatée par le Dr G_____ en 2018, qui avait également totalement disparu lors de l'examen clinique du 23 janvier 2020.

L'indication à l'intervention du 14 septembre 2017 était due à l'évènement traumatique du 2 juin 2017. C'était lors du match de football qu'était intervenu le mécanisme de torsion brutale du fémur sur le tibia qui avait causé la déchirure radiaire du ménisque externe. Il était possible que la fragilité méniscale connue et citée dans la littérature ait contribué à une fragilisation du ménisque externe restant. Cependant cette fragilité jouait un rôle mineur de beaucoup moins de 50% dans la survenue de la déchirure méniscale dont la responsabilité incombait de manière certaine à la torsion brutale du fémur contre le tibia au moment du changement de direction.

La Dresse B_____ avait établi un arrêt de travail 100% du 4 au 4 juin 2017 et le Dr D_____ un arrêt de travail 100% du 1^{er} novembre au 16 novembre 2017. L'incapacité de travail avait donc été de courte durée. Actuellement, l'assuré avait retrouvé une capacité complète et poursuivait ses études.

Le diagnostic de gonarthrose externe ne tenait pas. Seul le Dr G_____ le soutenait sur une interprétation radiologique inexacte des radiographies montrant tous les signes typiques associés au ménisque discoïde.

Le Dr F_____ avançait une théorie simpliste consistant à affirmer que le ménisque discoïde prendrait trop de place dans le genou, qui avait fini par se faire écraser et se déchirer. Cette théorie pourrait être vraisemblable dans la situation d'un ménisque discoïde non-opéré, mais en l'occurrence l'assuré avait subi une ménisectomie subtotale 4 ans auparavant en 2013. Il n'y avait donc plus de tissu méniscal redondant pour prendre trop de place dans le genou puis se faire écraser et se déchirer.

25. Le 5 mars 2020, le recourant a maintenu ses conclusions, constatant que l'expertise du Prof. H_____ mettait en évidence le fait que l'accident du 2 juin 2017 avait causé la lésion radiaire subtotale de son corps méniscal externe.
26. Le 14 avril 2020, l'intimée a rappelé que la notion d'accident était juridique. Il n'appartenait par conséquent pas au médecin ou à l'expert de se prononcer sur la notion d'accident, mais seulement de décrire l'événement traumatique. En l'occurrence, l'assuré avait eu, à réitérées reprises, l'opportunité de décrire les circonstances de l'événement dont il se plaignait. Or, il n'avait jamais rapporté que son pied droit était resté « plaqué au sol sans tourner », mais uniquement qu'il avait chuté, respectivement qu'il avait perdu l'équilibre et qu'il était tombé. Dès lors que le mécanisme lésionnel retenu par l'expert — soit un changement de direction brutal, pied planté au sol entraînant une torsion du fémur sur le tibia — n'avait précédemment jamais été rapporté par le recourant, il y avait lieu, conformément à la jurisprudence, de se baser uniquement sur les premières déclarations. D'ailleurs, en l'absence incontestée de lésion osseuse, du moindre élément parlant en faveur d'un événement traumatique (contusion osseuse, lésion ligamentaire, etc.) et dès lors qu'aucune entorse n'avait jamais été constatée par les médecins consultés dans les jours suivant l'incident, il fallait bien admettre que le diagnostic du Prof. H_____ se fondait uniquement sur les déclarations de l'assuré faites au moment de l'expertise. Le seul fait que des symptômes douloureux s'étaient manifestés après l'évènement du 2 juin 2017 ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle. La construction de l'expert selon laquelle la pratique du football favoriserait un certain type de lésion n'était pas pertinente. Peu importait en définitive la répartition des lésions au sein des différentes activités sportives.

Aucun médecin ne contestait l'existence d'un ménisque discoïde, manifestement préexistant, non traumatique et partiellement réséqué. Il fallait ainsi bien admettre que l'évènement à l'origine des plaintes du recourant ne faisait que mettre en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde connu, sur lequel une ménisectomie externe avait déjà été pratiquée en 2013. C'était donc à bon droit que l'intimée avait considéré que le sinistre avait uniquement révélé, mais non provoqué, les lésions constatées.

L'intimée a produit un rapport établi le 23 mars 2020 par le Dr G_____, après examen du rapport d'expertise, lequel concluait que le Prof. H_____ n'amenait aucun élément probant nouveau ni d'argument susceptible de remettre en cause son avis. Le Dr G_____ rappelait que la notion d'accident relevait des services administratifs et pas du médecin et que la simultanéité des évènements n'était pas causale en LAA.

27. Le 30 avril 2020, le recourant a fait valoir qu'il avait toujours indiqué avoir chuté alors qu'il se tournait vers la gauche pour changer de direction lors d'un match de football. Il était tombé dans une position où son genou était tordu. Le médecin des HUG consulté le 3 juin 2017 avait indiqué dans son rapport qu'il y avait eu un mécanisme peu clair (torsion interne). La possibilité du mécanisme de torsion avait été confirmée par l'expert. Le Dr G_____ avait retenu dans son rapport d'expertise qu'il avait changé brusquement de direction sur la gauche et lors de l'appui de jambe droite. Force était de constater que le mécanisme de torsion avait toujours été allégué, même par l'expert de l'intimée. Les observations de cette dernière et la prise de position du Dr G_____ ne permettaient pas de nier la valeur probante de l'expertise.
28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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).

Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

b. En l'espèce, bien que le recourant ait quitté le canton de Genève le 1^{er} janvier 2019, il y était encore domicilié lorsqu'il a déposé son recours, le 12 décembre 2018. Partant, la chambre de céans est compétente à raison du lieu et de la matière pour juger du cas d'espèce.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 2 juin 2017.
4. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'évènement annoncé (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).

La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut

à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). L'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). La notion de cause extérieure a été admise, entre autres, s'agissant d'un faux pas lors d'une partie de volley-ball, provoquant un pincement au genou gauche ou encore d'une entorse d'un ligament de la cheville gauche, après un mouvement de rotation durant une partie de hockey en salle (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 92/00 du 27 juin 2001 et U 287/00 du 22 février 2002).

En ce qui concerne le football en particulier, le Tribunal fédéral a jugé à plusieurs reprises qu'il s'agissait-là d'un sport dont la pratique constitue un risque accru. En effet, cette activité implique bon nombre de mouvements qui ne sont pas courants, tels que le fait d'accélérer ou de s'arrêter brusquement, de courir de côté ou en arrière, de pivoter, de s'étirer, de tirer la balle, de sauter lors de têtes, etc. Ces mouvements sollicitent le corps entier d'une manière variée. Même pour un joueur entraîné, de tels mouvements ne constituent pas des gestes quotidiens comme le serait le fait de se déplacer dans une pièce (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 469/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.1; U 71/07 du 15 juin 2007 consid. 6.2; U 611/06 du 12 mars 2007 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

6. a. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

c. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

d. 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. 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 ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

7. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa nouvelle teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA. Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due, de manière prépondérante, à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur extérieur est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, pp. 7702-7703).

La présomption légale du droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA ne peut être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La notion de lésions corporelles qui sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie au sens de l'art. 6 al. 2 LAA doit être comprise comme étant dues à plus de 50% à l'usure ou à la maladie. S'il est établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant (à plus de 50 %), l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé (ATAS/747/2019 du 22 août 2019).

8. a. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

c. Le juge ne s'écarter 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. 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; ATF 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).

9. 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, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 des assurances 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).

10. En l'espèce, l'événement dont le recourant a été victime le 2 juin 2017 doit être qualifié d'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. Il s'est en effet blessé au genou alors qu'il courait en jouant au football. Plus précisément, il a subi une torsion du genou droit lors d'un brusque changement de direction avant de chuter. Le traumatisme du genou est ainsi survenu à l'occasion d'un mouvement soudain et violent du corps, c'est-à-dire d'un événement objectivement identifiable, dans le cadre d'un sport impliquant un risque accru. Partant, la condition du facteur extérieur extraordinaire est donnée, tout comme les autres conditions fixées par l'art. 4 LPGA.
11. a. Par conséquent, il convient d'examiner si les lésions méniscales ayant nécessité l'opération du 14 septembre 2017 sont en relation de causalité avec l'accident du 2 juin 2017. Pour répondre à cette question, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du Prof. H_____.

b. Son rapport est complet et détaillé. Il remplit a priori les exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. L'intimée est toutefois d'un avis contraire.

c. Elle a fait valoir que l'assuré n'avait jamais rapporté que son pied droit était resté « plaqué au sol sans tourner », comme l'avait retenu l'expert, mais uniquement qu'il avait chuté, respectivement qu'il avait perdu l'équilibre et qu'il était tombé. Il y avait lieu, conformément à la jurisprudence, de se fonder uniquement sur les premières déclarations.

Si toutes les versions de l'accident ne sont pas similaires, force est de constater qu'elle ne se contredisent pas et qu'elles contiennent presque toutes un élément indiquant une torsion, notamment celle du 12 juin 2017, qui mentionnait une « entorse ». Dans son rapport du 6 juin 2017, la Dresse B_____ a mentionné une chute sur le genou droit, selon un mécanisme peu clair, ce qui n'exclut pas une torsion. L'expert a tenu compte du fait que les versions de l'accident divergeaient et a d'ailleurs fondé ses conclusions sur la causalité sur « les descriptions » de l'accident du 3 juin 2017 et pas seulement sur la description de l'événement que lui avait faite le recourant. Il en résulte que la critique de l'intimée sur la version de l'événement retenue par l'expert n'est pas fondée.

d. Contrairement à ce que soutient l'intimée, le diagnostic du Prof. H_____ ne se fonde pas uniquement sur les déclarations du recourant faites au moment de l'expertise et sur le fait que les douleurs sont intervenues après l'événement. L'expert a en effet précisé que si les versions de l'accident divergeaient, la chute était bien réelle et que si la radiographie faite le lendemain de l'événement ne montrait pas de traumatisme osseux, elle mettait en évidence un épanchement. De plus, l'imagerie IRM du 7 juin 2017 mettait en évidence une déchirure radiaire en avant du hiatus du ménisque externe ainsi que des signes de déchirures horizontales touchant les cornes antérieures et postérieures et confirmait la présence d'un épanchement et pas de signe d'arthrose. L'expert a également relevé que le Dr D_____, qui avait pratiqué une suture de la déchirure radiaire du ménisque externe du genou droit, avait considéré qu'il s'agissait d'une lésion traumatique et que l'arthroscopie ne montrait aucun signe articulaire de dégénérescence au niveau des revêtements cartilagineux. Enfin, lors de son examen clinique du 23 janvier 2020, le genou droit n'avait pas révélé de pathologie dégénérative, d'instabilité, d'amyotrophie, ni d'épanchement. Dans ces circonstances, l'on ne peut retenir comme l'a fait l'intimée, qu'il n'y avait pas le moindre élément parlant en faveur d'un événement traumatique. Il faut également rappeler que selon la littérature citée par l'expert, l'IRM permet en principe de diagnostiquer les lésions méniscales, mais que ce diagnostic n'est pas toujours aisé en présence d'un ménisque discoïde.

e. L'intimée a encore fait valoir que « la construction » de l'expert selon laquelle la pratique du football favoriserait un certain type de lésion n'était pas pertinente.

Les références faites par l'expert à la littérature et aux statistiques sur les atteintes du ménisque en pratiquant le football apparaissent au contraire comme un élément qui était utile et nécessaire pour poser un diagnostic dans le cas d'espèce, ce qui n'était pas évident, dès lors que le recourant avait déjà subi une intervention chirurgicale du genou droit en 2013 et que l'IRM n'était pas déterminante. L'expert n'a pas posé son diagnostic en se fondant uniquement sur la littérature médicale, mais en prenant également en compte les autres éléments du dossier, dont l'imagerie, l'anamnèse et le status effectué. Il a motivé ses conclusions de façon convaincante et ne s'est pas limité à un raisonnement du type *post hoc ergo propter hoc*.

f. Le Prof. H_____ a expliqué pour quels motifs il n'était pas d'accord avec les analyses des Drs G_____ et F_____ de façon détaillée et convaincante. Le bref avis du Dr G_____ du 23 mars 2020 ne remet pas sérieusement en cause les conclusions du Prof. H_____. Cet avis ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et ne met en évidence aucun élément qui aurait été ignoré par l'expert pouvant faire douter des conclusions de celui-ci.

12. Sur la base de l'expertise du Prof. H_____, qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, il convient de retenir que les traitements apportés au recourant à la suite de l'événement du 2 juin 2017, et singulièrement les frais de l'opération du 14 septembre 2017, sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec celui-ci. Partant, c'est à tort que l'intimée a refusé de les prendre en charge.
13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 8 novembre 2018 annulée.
14. a. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. SVR 2013 IV n° 1 p. 1 [9C_13/2012] consid. 3; consid. 3 non publié aux ATF 139 V 225 de l'arrêt 8C_984/2012 du 6 juin 2013). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en oeuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Dans ce cas, les coûts de l'expertise ordonnée par le tribunal auprès du COMAI peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité (consid. 4.4.2). Dans la mesure où, en principe, les mêmes

règles de procédure, à savoir les art. 43 à 49 LPGA, sont applicables à l'instruction de la demande aussi bien en matière d'assurance-invalidité que dans le domaine de l'assurance-accidents, les principes jurisprudentiels régissant la prise en charge des frais d'expertise du COMAI par les offices de l'assurance-invalidité valent également par analogie lorsque le tribunal cantonal juge un complément d'instruction nécessaire et ordonne la mise en oeuvre d'une expertise au lieu de renvoyer la cause à l'assureur-accidents. Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en oeuvre 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 p. 226).

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 termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire. 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 exigences jurisprudentielles, 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 p. 502 et les références).

b. En l'espèce, il se justifie de mettre les frais d'expertise à la charge de l'intimée, celle-ci ayant statué sur une expertise qui ne remplissait pas les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

15. Le recourant obtenant 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]).
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 8 novembre 2018.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 2 juin 2017.
5. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 10'777.- à la charge de l'intimée.
6. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'500.- pour ses dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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