

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4457/2025

ATAS/392/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après l'assuré), né en _____ 1977, peintre, a demandé à son employeur, la société B_____ SA (ci-après : B_____) de déclarer un sinistre, à son assurance accident, la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA), suite à un événement qui se serait déroulé le 14 avril 2025 à 11h00.
- b.** La déclaration de sinistre du 15 avril 2025 mentionne un travail interrompu le 14 avril 2025, en décrivant l'événement comme suit « M. A_____ a fait un faux mouvement avec le genou gauche alors qu'il s'apprêtait à poser la moquette sur le site de travail » (traduction libre de l'italien). Le service des urgences de l'hôpital privé pays de Savoie (France), qui a reçu l'assuré juste après l'événement, lui a prescrit des antidouleurs et lui a délivré un certificat d'arrêt de travail de cinq jours à 100% pour « accident de travail datant de ce jour ».
- c.** La SUVA, par courrier du 22 avril 2025 adressé à l'assuré, l'a informé qu'elle examinait son obligation de verser des prestations pour l'événement du 14 avril 2025. Elle a également demandé à l'assuré de compléter un questionnaire en ligne afin de préciser les circonstances de l'accident.
- d.** Le 18 avril 2025, le docteur C_____, spécialiste en médecine générale à Annemasse (France) a délivré une prolongation de l'arrêt de travail à 100% de l'assuré, du 18 avril au 2 mai 2025 inclus.
- e.** Le formulaire pour cas de sinistre complété par l'assuré en date du 25 avril 2025 mentionne que ce dernier s'est « tordu une articulation », alors que « je collais la moquette sur les escaliers, sur mes genoux, j'ai déplacé le carton », précisant que « Lorsque je collais la moquette sur les escaliers, j'avais besoin d'un carton derrière moi. J'étais sur mes genoux et au moment où j'ai tourné mon buste pour récupérer le carton qui en plus était lourd, derrière mes genoux, j'ai senti une douleur, surtout du genou gauche ». Il a également précisé qu'il ne souffrait d'aucune maladie tout en indiquant en réponse à la question « de quel type de maladie professionnelle souffrez-vous ? » « Trouble au niveau des os, des articulations, des ligaments des tendons (appareil locomoteur) ».
- f.** À la demande de la SUVA, le Dr C_____ a complété un rapport médical initial LAA, daté du 6 mai 2025 dans lequel il indiquait, comme diagnostic, un traumatisme du genou gauche avec des douleurs, plus un œdème et une atteinte fonctionnelle, sous forme de « boitement, plus limitation de la flexion ». Des séances de kinésithérapie étaient à prévoir. Le rapport d'IRM du genou gauche effectué le 28 avril 2025, par la docteure D_____, spécialiste en radiologie et joint au rapport médical initial LAA, faisait état, en conclusion, d'un « bilan IRM objectivant une minime inflammation le long du versant postéro interne de la capsule articulaire et du tendon du demi-membraneux, associée à un minime

épanchement dans les bourses du jugement interne et du demi-membraneux. Par ailleurs on n'observe aucune lésion méniscale ligamentaire ou osseuse ».

g. Par courrier du 3 juin 2025, la SUVA a informé l'assuré que selon les documents à sa disposition il ne s'était pas produit d'accident au sens de la loi, raison pour laquelle la SUVA refusait de prester et recommandait à l'assuré d'informer son assurance-maladie.

h. Par courrier du 17 juin 2025, l'assuré a contesté la position de la SUVA considérant que tous les rapports médicaux mentionnaient qu'il s'agissait d'un accident ; il concluait en demandant la notification d'une décision avec indication des voies de recours ainsi que la transmission de son dossier complet.

B. a. Par décision du 11 août 2025, la SUVA a confirmé sa position en indiquant que selon les faits exposés et les documents médicaux disponibles, les troubles dont souffrait l'assuré n'étaient imputables ni à un accident, ni à une lésion corporelle assimilée à un accident, dès lors qu'il manquait une cause extérieure extraordinaire.

b. Par courrier du 9 septembre 2025, l'assuré s'est opposé à la décision du 11 août 2025 répétant qu'il avait fait un mouvement de rotation en se « tournant et de manière non programmatique » avec son corps, après quoi il avait senti une très vive douleur sur son genou gauche ce qui, selon lui, remplissait les conditions d'un accident.

c. Par décision sur opposition du 10 novembre 2025, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 11 août 2025. Il était mentionné que, suite à l'opposition du 9 septembre 2025, la SUVA avait adressé à l'assuré le dossier et lui avait imparti un délai au 27 octobre 2025 pour motiver son opposition, ce qu'il n'avait pas fait. La condition de la cause extérieure extraordinaire qui compromettait la santé physique et mentale ou psychique manquait et à teneur de la radiographie pratiquée le 14 avril 2025, il n'y avait pas de lésion traumatique ; en ce qui concernait l'IRM du 28 avril 2025, seule une minime inflammation de la capsule articulaire et du tendon du demi membraneux avait été observée, associée à un minime épanchement dans les bourses du jugement interne et du demi-membraneux

C. a. Par acte posté le 15 décembre 2025, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 10 novembre 2025 par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). L'assuré exposait une nouvelle fois les circonstances de l'événement, soit qu'il était en porte-à-faux et que le mouvement qu'il avait effectué n'était pas du tout maîtrisé, raison pour laquelle le caractère accidentel ne pouvait pas être nié. De surcroît, il considérait avoir, à tout le moins, subi une lésion corporelle assimilée à un accident, produisant un nouveau rapport du Dr C_____ qui le confirmait. La pièce en question, datée du 28 novembre 2025 et signée par le Dr C_____, certifiait que « l'accident de travail du 14 avril 2025 était bien en rapport avec un traumatisme du genou

gauche avec comme conséquence une élongation des muscles du genou gauche ». L'assuré concluait à la prise en charge des suites de l'accident et du transport en ambulance ainsi qu'au versement des indemnités journalières jusqu'au 3 mai 2025 par la SUVA.

b. Par réponse du 28 janvier 2026, la SUVA a précisé qu'elle avait soumis le rapport du Dr C_____ à son service médical dont le rapport du 21 janvier 2026 était joint. La médecin du service médical de la SUVA, la docteure E_____, répondait dans le cadre d'une appréciation médicale de trois pages et confirmait qu'il n'existait pas d'élongation de muscles comme cela résultait de l'IRM du 28 avril 2025, « mais une tendinopathie (inflammation/dégénérescence du tendon du semi-membraneux) et des bursites qui sont, pour la tendinopathie pour les bursites, des atteintes malades et non pas une élongation musculaire ». Par ailleurs dans une précédente appréciation du 25 juillet 2025 de la même médecin, il avait été retenu que « l'assuré ne présentait ni fracture, ni luxation, ni déchirure de ménisque, de tendon de muscles, ni autre lésion du ligament ou autre lésion musculaire ». Fondée sur cette appréciation médicale, la SUVA concluait au rejet du recours.

c. Par réplique du 24 mars 2026, l'assuré a persisté dans ses conclusions, tout en joignant en annexe un nouveau certificat du Dr C_____, confirmant que l'événement du 14 avril 2025 relatait « bien un accident de travail suite (sic) port de charges lourdes avec torsion secondaire du genou et douleur, ceci traduit bien une entorse du genou gauche, qui n'existait pas avant cet événement ».

d. Par duplique du 7 avril 2026, la SUVA a persisté dans ses conclusions.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

-
2. Le litige porte sur le refus de prêter de l'intimée, singulièrement son refus d'admettre l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire et l'existence de lésions corporelles assimilées à un accident.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.31 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.1).

3.2 Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

3.3 Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références). 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). Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent, nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C_24/2022 du 20 septembre 2022, *in* SVR 2023 UV n. 13 p. 40).

La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

3.4 Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

4.

4.1 L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident.

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas

manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. 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.

4.2 Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par ex., un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

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).

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

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

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

5.3 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

- 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

7.

7.1 En l'espèce, dans un premier grief, le recourant allègue l'existence d'un facteur externe extraordinaire lorsqu'il s'est tourné pour récupérer un carton situé derrière lui et contenant de la moquette, alors qu'il reposait sur ses genoux et qu'il a ressenti une douleur au genou gauche.

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur 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.

En se fondant sur la description qui est faite par le recourant dans ses premières déclarations, on constate que ce dernier n'agit pas dans la hâte, n'est pas déséquilibré ou heurté, ne se trouve pas dans une position de porte-à-faux, n'est pas soumis à un événement imprévu et se contente d'exercer un mouvement courant, soit une rotation du buste afin de saisir de la moquette qui se trouve derrière lui afin de la placer devant lui.

S'il sied d'admettre que les conséquences d'un tel mouvement n'étaient pas prévues, à savoir une douleur ressentie dans le genou gauche, on peine en

revanche à discerner l'existence d'un mouvement non coordonné, suite à l'influence d'un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références).

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), éléments non remplis dans le cas d'espèce.

Il résulte de ce qui précède qu'en l'absence d'une atteinte dommageable soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, la condition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA n'est pas remplie.

Ce grief sera donc écarté.

7.2 Dans un second grief, le recourant allègue avoir subi une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

Sont assimilés à un accident 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 elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

Le recourant allègue avoir été victime d'une elongation de muscle, ce qui remplirait les conditions de l'art. 6 al. 2 let. e LAA. Ladite elongation est confirmée par son médecin traitant dans son attestation du 28 novembre 2025.

Toutefois, le même médecin, dans son certificat du 26 mars 2026 n'atteste plus d'une elongation du muscle, mais d'une entorse du genou gauche.

Ce changement de diagnostic provenant du même médecin traitant diminue la crédibilité de son appréciation ; en effet, l'entorse est décrite comme une « lésion d'un ou plusieurs ligaments n'entraînant pas une perte permanente des rapports normaux d'une articulation ce qui la distingue d'une luxation » (HUG : Rééducation des entorses de la cheville) et non pas comme l'elongation d'un muscle. On passe ainsi d'une atteinte musculaire à une atteinte ligamentaire sans aucune motivation du changement de diagnostic.

Dans son appréciation médicale du 21 janvier 2026, en se fondant sur l'imagerie médicale la médecin de la SUVA, la Dre E_____, constate l'existence d'une minime inflammation le long du versant postéro interne de la capsule articulaire et du tendon du semi-membraneux. Elle précise qu'il n'y a aucune lésion méniscale, ni ligamentaire ni osseuse. Dans le paragraphe suivant elle exclut une lésion correspondant à l'art. 6 al. 2 LAA précisant que l'assuré ne présente ni fracture, ni luxation, ni déchirures de ménisque, de tendons ou de muscles, ni autre lésion de ligament ou autre lésion musculaire.

L'appréciation de la Dre E_____ est soigneusement motivée, sur plusieurs pages et est fondée sur des éléments objectifs, soit l'imagerie médicale, étant précisé que cette conclusion est partagée, par la docteure D_____, dans son rapport d'IRM du 28 avril 2025 qui n'observe « aucune lésion méniscale ligamentaire ou osseuse ».

Dès lors que le médecin traitant, d'une part, se contredit dans ses deux courtes appréciations citées *supra*, et ne cite aucun élément objectif et d'autre part, n'est pas un spécialiste en matière rhumatologique ou orthopédique, ses appréciations doivent être écartées par rapport à celles de spécialistes des lésions traumatiques, se fondant sur des éléments objectivables soit l'imagerie médicale.

Étant précisé que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc) et que selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

Partant, le second grief du recourant sera également écarté.

8.

8.1 À l'aune de ce qui précède, le recours sera rejeté.

8.2 Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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