RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/839/2019 **ATAS/203/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mars 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENEVE, représenté par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés	recourant

contre

VISANA ASSURANCES SA, sise Weltpostrasse 19, BERN	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1972, travaille comme cameraman spécialisé pour la B_____(ci-après : l'employeur) depuis le 1er janvier 2012 et est assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de Visana Services SA (ci-après : l'assurance).

2. Le 9 novembre 2017, l'assuré a été victime d'un accident ; il a glissé sur une pente herbeuse lors d'un tournage et a chuté, sa jambe droite s'étant repliée sous ses fesses ; il a subi des douleurs au genou droit.

3. Le 17 avril 2018, l'assuré a consulté le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, lequel, dans une note du même jour, a notamment indiqué au status : lame d'épanchements le jour - flexion -extension : 130° - 0° - 5°. Appréhension en flexion et une suspicion de lésion du ménisque interne droit.

4. Le 18 avril 2018, l'employeur a déclaré l'accident à l'assurance.

5. Une IRM du genou droit du 23 avril 2018 a conclu à une lésion du ménisque médial avec une déchirure à la surface inférieure de sa corne postérieure s'étendant au segment moyen, d'autres petites fissurations étant individualisées au niveau du bord libre et de la surface supérieure de ce segment moyen ainsi qu'à hauteur du mur méniscal de la corne postérieure. Chondropathie fémoro-tibiale médiale de bas grade.

6. Le 14 mai 2018, le Dr C_____, a attesté d'un premier traitement le 17 avril 2018 pour une déchirure du ménisque du genou droit n'ayant pas entrainé d'incapacité de travail. Il a retenu une indication à régularisation à minima du ménisque et suture par chirurgie arthroscopique.

7. Le 25 mai 2018, le docteur D_____, FMH chirurgie et médecine intensive, médecin-consultant de l'assurance, a estimé que la lésion au ménisque interne était, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expression d'une cause dégénérative, l'évènement indiqué n'étant pas de nature à entrainer une aggravation déterminante de l'état du ménisque interne ; l'IRM indiquait un trouble du signal complexe, soit une pathologie étendue au niveau du ménisque interne ; l'assuré n'avait consulté que cinq mois après l'évènement ce qui indiquait qu'il n'y avait pas de souffrance importante. Le statu quo sine était atteint avec l'IRM du 23 avril 2018.

8. Le 28 mai 2018, l'assurance a informé l'assuré et l'employeur qu'elle cessait le versement de prestation dès le 24 avril 2018 ; dès cette date les maux n'étaient plus dus à l'évènement du 9 novembre 2017.

9. Le 30 mai 2018, le Dr C_____ a écrit à l'assurance que l'assuré avait présenté un mouvement de flexion-rotation du genou engendrant douleurs et épanchements articulaires ; il avait noté l'apparition et la persistance d'un dérangement interne du genou droit associé à des signes mécaniques ; le 17 avril 2018, il présentait un épanchement de 10 cc, une douleur à la palpation et des signes d'une lésion du

ménisque médial, confirmée à l'IRM ; la symptomatologie s'était aggravées et il était en arrêt de travail depuis le 24 mai 2018 ; il était étonnant de contester la nature accidentelle de cette affection dont le mécanisme lésionnel était typique et parfaitement compatible avec les lésions constatées tant à l'examen clinique qu'à l'imagerie. Le délai d'attente quant à un traitement chirurgical était au-delà des recommandations qui figuraient actuellement dans la littérature ; d'affirmer qu'une telle lésion devait être associée à une lésion du ligament croisé antérieur n'était à ce stade de la connaissance que pure spéculation.

10. Le 21 juin 2018, le Dr D_____ a maintenu son appréciation du 25 mai 2018. L'assurance n'avait pas prétendu que l'assuré avait présenté une lésion du ligament croisé antérieur ; le Dr C_____ n'expliquait pas pourquoi la lésion n'était pas l'expression d'une altération dégénérative.

11. Par décision du 31 juillet 2018, l'assurance a mis fin aux prestations au 23 avril 2018 et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition, en se fondant sur les appréciations du Dr D_____.

12. Le 7 octobre 2018, l'assuré a fait opposition à la décision précitée. Après l'accident, il s'était retrouvé dans l'incapacité de fléchir la jambe au-delà de 90 degrés sans provoquer des coincements mécaniques assortis de douleurs importantes au niveau de l'articulation du genou. De ce fait, et bien qu'il s'efforçait de poursuivre de son mieux son activité de cameraman, plusieurs positions (à genoux, accroupi…) et actions (course…) nécessaires à la réalisation de certaines prises de vues lui étaient devenues depuis lors impossibles. Le statu quo sine fixé au 23 avril 2018 était hautement hasardeux ; les arguments du Dr D_____ n'étaient pas pertinents ; il n'existait pas de cause dégénérative susceptible d'expliquer la lésion ; le Dr D_____ ne l'avait pas examiné et faisait des commentaires désobligeants sur le degré de ses souffrances.

13. Le 4 décembre 2018, le Dr C_____ a écrit à l'assurance qu'il avait revu l'assuré le 4 décembre 2018 ; la lésion (localisation et type) était de nature traumatique sans évidence d'altération dégénérative de cette structure méniscale ; le reste de l'articulation ne présentait pas de lésion particulière. Il était étonnant qu'un médecin-conseil dont la spécialité était la médecine intensive et la chirurgie générale puisse exprimer un avis autorisé pour le moins discutable face à un cas qui apparaissait clair et évident. Le résultat était que huit mois plus tard, l'assuré souffrait toujours d'un genou, invalidant sa pratique professionnelle et fonctionnelle. Si l'on se référait aux antécédents de l'assuré, au mécanisme lésionnel, à l'examen clinique et au type de lésion méniscale, on était de toute évidence face à une lésion traumatique de ce ménisque. Dans ce cas précis, de clamer à la décompensation d'une lésion dégénérative tenait quasi de la malhonnêteté intellectuelle.

14. Le 17 décembre 2018, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il nécessitait une prise en charge chirurgicale et requis une reconsidération de son cas.

15. Le 15 janvier 2019, le docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin consultant de l'assurance, a rendu un avis médical.

    Comme indiqué dans le rapport du Dr D_____ du 25 mai 2018, l'assuré souffrait d'une lésion complexe du ménisque médial au genou droit, confirmée de manière claire par les images de l'IRM du 23 avril 2018 qu'il avait personnellement consultées. Etant donné leur morphologie principalement orientée à l'horizontale, ces altérations étaient apparues, selon un degré de vraisemblance prépondérante, de manière progressive sur une longue période, au sens d'une évolution dégénérative, qui partait de la substance interne du ménisque et s'étendait progressivement jusqu'à la surface inférieure. Il n'était pas possible d'identifier une influence due à un traumatisme particulier, ce qui s'accordait très bien avec le fait que l'assuré avait attendu plus de cinq mois après l'événement du 9 novembre 2017 pour suivre un traitement médical en raison de douleurs au genou droit. S'il avait subi une rupture aiguë du ménisque lors de la chute, la symptomatologie clinique aurait presque certainement été telle, qu'il aurait immédiatement consulté un médecin. Par ailleurs, après plus de cinq mois, le lien de causalité entre un traumatisme particulier et une lésion méniscale n'était plus que de l'ordre du possible.

    L'assuré avait subi, le 9 novembre 2017, un traumatisme de distorsion du genou droit, pour lequel aucun document datant de cette période n'était disponible. Une première consultation médicale avait eu lieu le 17 avril 2018 et une IRM avait été réalisée le 23 avril 2018. Cette dernière avait fait ressortir, selon un degré de vraisemblance prépondérante, des lésions du ménisque médial qui devaient être considérées exclusivement comme dégénératives, permettant de fixer un statu quo sine morphologique concernant l'événement mentionné au 23 avril 2018. L'ensemble des éclaircissements et traitements effectués par la suite, y compris l'intervention arthroscopique prévue le 17 janvier 2019, étaient donc exclusivement étrangers à l'accident. La lésion complexe se développait sur plusieurs années et ne pouvait donc être liée à l'accident.

16. Le 15 janvier 2019, l'assurance a refusé de garantir l'hospitalisation de l'assuré pour une intervention prévue le 17 janvier 2019.

17. Le 17 janvier 2019, l'assuré a été opéré par le Dr C_____ (arthroscopie diagnostique genou droit, synovectomie partielle de voisinage, résection partielle du ménisque interne, suture-réinsertion du ménisque interne).

18. Par décision du 29 janvier 2019, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que la rupture méniscale, soit une lésion assimilée, était due de façon prépondérante à des modifications exclusivement dégénératives de l'articulation du genou droit, soit à une maladie préexistante ; les avis du Dr C_____ n'étaient pas suffisamment motivé sur la question de la causalité entre l'accident et la lésion ; le ménisque interne du genou droit pouvait également avoir subi, avec vraisemblance prépondérante, une déchirure méniscale entre l'événement du 9 novembre 2017 et la première consultation du 17 avril 2018 dans le cadre d'activités habituelles et

quotidiennes ne remplissant pas la notion de l'accident au sens juridique du terme. La preuve que la rupture méniscale au ménisque interne du genou droit de l'assuré avait eu lieu 9 novembre 2017 ne pouvait pas être apportée avec vraisemblance prépondérante vu que des activités habituelles, telle que le simple fait de marcher normalement, ne remplissant pas les critères de la définition de l'accident entraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, aussi en compte.

Selon l'expérience médicale générale, après un accident, on ne pouvait apercevoir sur les images d'un examen IRM que durant un court laps de temps de six à huit semaines la présence d'œdèmes traumatiques démontrant que le genou avait subi une certaine force provenant d'un facteur externe. Passé ce délai de six à huit semaines, les œdèmes traumatiques se résorbaient complètement et n'étaient donc plus visibles sur les images d'un examen IRM. Dans le même laps de temps de six à huit semaines, comme en présence d'œdèmes, après avoir subi des lésions traumatiques aux ménisques, aux ligaments et au cartilage, des transformations histologiques se produisaient naturellement dans ces zones touchées. Une fois que ces transformations histologiques avaient eu lieu dans un délai de six à huit semaines après un événement accidentel, aucun médecin, ni radiologue ni spécialiste en histologie ne pouvait, dès la neuvième semaine, déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante, la date exacte de l'événement et l'impact sur la structure du tissu endommagé.

Lors de la première consultation du 17 avril 2018, soit cinq mois après l'événement du 9 novembre 2017, il n'était donc plus possible de déterminer avec vraisemblance prépondérante l'âge exact de la lésion au ménisque interne du genou droit de l'assuré, vu que les transformations histologiques précitées étaient déjà intervenues, Les prises de position du Dr. C_____ du 30 mai 2018 et du 4 décembre 2018 ne pouvaient pas être suivies, car elles ne prenaient pas en considération l'évolution naturelle des transformations histologiques intervenues au ménisque interne du genou droit de l'assuré dans le laps de temps de six à huit semaines après l'événement du 9 novembre 2017. Enfin les explications du Dr. C_____ ne pouvaient pas non plus être suivies parce qu'elles se fondaient sur le raisonnement "post hoc, ergo propter hoc", à savoir que les maux invoqués par l'assuré devaient remonter au sinistre du 9 novembre 2017 parce qu'avant cet événement il ne présentait pas de douleurs au genou droit. De plus, le Dr. C_____ était le médecin traitant de l'assuré et pouvait en cas de doute prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unissait à celui-ci. Les constatations du Dr C_____ du 30 mai 2018 et du 4 décembre 2018 n'étaient par conséquent pas susceptibles de soulever un quelconque doute quant aux prises de position fiables et pertinentes du Dr D_____ du 24 mai 2018 et du 21 juin 2018 ainsi que du Dr E_____ du 15 janvier 2019. L'assuré avait annoncé le cas tardivement et consulté le Dr C_____ que cinq mois après l'accident ; le lien de causalité naturelle ne pouvait, dans ces conditions, plus être établi ; l'interruption des prestations devait être maintenue.

19. Le 1er mars 2019, l'assuré, représenté par l'APAS, association permanence défense des patients et assurés, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assurance à verser ses prestations au-delà du 23 avril 2018, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise judiciaire.

    En présence d'une lésion assimilée, il incombait à l'assurance de prouver que celle-ci était due de façon prépondérante à l'usure ou à une maladie ; les médecins-conseils de l'assurance ne l'avaient jamais examiné ; ils écartaient les constatations du Dr C_____ lequel estimait que la déchirure oblique et verticale du ménisque interne était d'origine traumatique et non pas dégénérative. Le fait qu'il ait consulté le Dr C_____ en avril 2018 ne permettait aucunement de nier le lien de causalité naturelle, puisqu'il avait bénéficié dans l'intervalle d'un traitement symptomatique afin de calmer les douleurs qu'il avait en continu. Le délai de consultation pouvait également s'expliquer par l'espoir de voir ses douleurs diminuer grâce au traitement qui avait suivi l'accident et de l'agenda très chargé d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique du genou.

20. Le 14 juin 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours, au motif que les avis du Dr C_____ ne contenaient pas de motivation médicale concluante permettant de s'opposer à ceux des médecins-conseils ; l'assuré avait continué de travailler du 9 novembre 2017 au 17 avril 2018 alors même qu'il avait allégué avoir des douleurs ; cela permettait de douter de la causalité entre les lésions constatées et l'évènement du 9 novembre 2017.

21. Le 19 juillet 2019, l'assuré a répliqué ; depuis l'accident, il avait adopté une attitude conservatrice associée à des soins de base (application de pommades, bandages). De plus, il avait constaté qu'en proscrivant certains mouvements et flexions, il était apte à fonctionner plus ou moins normalement dans son travail. Son métier impliquant au surplus des périodes de travail en studio, de formation et de repos liées à son temps partiel, il avait pu préserver son genou de cette façon. En outre, suite à une première opération du genou gauche en 1997 dont le résultat était peu satisfaisant et ayant nécessité une seconde intervention, il était réticent à la perspective de devoir opérer son genou droit. Ce n'était que lors d'un nouveau tournage confronté à de nouvelles douleurs qu'il s'était résigné à prendre contact avec un médecin spécialiste du genou. Compte tenu de la charge professionnelle de celui-ci, le rendez-vous avait finalement été fixé au 17 avril 2018.

    Par ailleurs, le Dr C_____ n'avait pas non plus prescrit d'arrêt de travail dès le 17 avril 2018, l'absence d'incapacité de travail depuis l'accident n'était pas pertinente ; selon le Dr C_____, le ménisque traumatisé pouvait donner naissance à une lésion complexe puisque la fracture méniscale allait partir du bord libre et très vraisemblablement se prolonger dans le trait horizontal. Enfin, dans un dernier rapport médical du 1er mai 2019, le Dr C_____ insistait sur le fait que la présence d'un œdème sous-chondral aurait été un argument en faveur d'une atteinte dégénérative du ménisque et que cet œdème était absent dans le cas concret.

Il a joint le rapport du Dr C_____ du 1er mai 2019, selon lequel il existait un évènement accidentel bien identifié avec un mécanisme lésionnel adéquat et un assuré asymptomatique et sportif, pratiquant une profession physique à risque ; certes, l'assuré présentait sur l'IRM un hypersignal horizontal caractéristique d'un remaniement intra-méniscal dont la prévalence était supérieure à 80 % dans cette classe d'âge. L'image démontrée dans le rapport montrait des changements de grade II. Ce type de ménisque là pouvait également être le siège d'un traumatisme. Une fois traumatisé, il pouvait donner naissance à une lésion complexe puisque la fracture méniscale allait partir du bord libre et très vraisemblablement se prolonger dans le trait horizontal. L'aspect structurel du ménisque lors de l'intervention était tout à fait satisfaisant et la languette disséquée était structurellement préservée. Ce ménisque était instable et s'était vu parfaitement stabilisé par les mises en place de suture. Une fois endommagé, comme une fois opéré, le tissu méniscal était toujours le siège d'un certain hypersignal qui rendait son analyse IRM délicate. L'assurance faisait la confusion avec les œdèmes traumatiques qui survenaient lors des lésions de passage associées aux ruptures du ligament croisé antérieur. La présence d'un œdème sous chondrale était un argument en faveur d'une atteinte dégénérative du ménisque. Cet œdème était absent. L'évaluation favorable après l'intervention plaidait en faveur d'une cause méniscale aux symptôme de l'assuré.

22. Le 21 août 2019, l'assurance a dupliqué, en relevant que le rapport du Dr C_____ ne permettait pas de mettre en doute les conclusions des médecins-conseils. Elle a joint un avis du 6 août 2019 du Dr E_____, selon lequel après une rupture aiguë ou traumatique du ménisque, la symptomatologie se manifestait dans la plupart des cas par une limitation mécanique que les personnes concernées considéraient comme subjectivement très dérangeante. Ainsi, lors d'une déchirure méniscale en anse de seau, il se produisait souvent un blocage complet du genou dans une position fixe à partir de laquelle une flexion ou extension n'était plus possible, ce qui nécessitait alors un traitement en urgence pour rétablir la capacité de marche. Les déchirures en lambeau instables pouvaient provoquer des blocages intermittents qui se résolvaient d'eux-mêmes ou que les personnes concernées parvenaient à débloquer par des mouvements correspondants, mais qui survenaient généralement de façon récidivante tant qu'une part du ménisque demeurait instable ou hypermobile. La problématique décrite s'accompagnait généralement d'un épanchement intra-articulaire très marqué, qui provoquait lui aussi une limitation de la mobilité (généralement à la flexion) et qui était souvent considéré comme douloureux ou du moins dérangeant. Tous les symptômes mentionnés étaient pour la plupart des personnes concernées un motif largement suffisant pour consulter un médecin en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines. Ce n'était pas le cas chez cet assuré. Dans ce contexte, il fallait par ailleurs noter que l'assuré dépendait, pour une activité contraignante par intermittence, d'une mobilité si possible normale de ses genoux, telle qu'elle était donnée.

Dans le cas de l'assuré, il fallait aussi tenir compte du fait que l'IRM avait permis de déceler une lésion complexe sur l'axe horizontal, typique pour une évolution dégénérative chronique. Ajouté à la latence de cinq mois entre l'évènement et l'avis d'accident bagatelle LAA et la première consultation chez le médecin, on pouvait, selon un degré de vraisemblance prépondérante partir du principe que le traumatisme du 9 novembre 2017 au genou droit de l'assuré n'avait pas provoqué une modification structurelle à caractère potentiellement durable. Le fait que l'IRM ait permis d'établir un statu quo sine pouvait donc être considéré comme absolument correct. On pouvait donc en déduire que tous les examens et traitements réalisés par la suite étaient, selon un degré de vraisemblance prépondérante, exclusivement étrangers à l'accident. Le Dr C_____ confirmait que les modifications constatées dans l'IRM du 23 avril 2018 étaient caractéristiques pour des lésions intra méniscales, telles qu'on les trouvait chez plus de 80 % des personnes dans cette classe d'âge. Il se pouvait également que de telles modifications surviennent en conséquence d'un traumatisme, mais sans expliquer pourquoi ce serait justement le cas chez cet assuré. Cela correspondait au plus à un éventuel lien de causalité, qui devait être considéré dans le contexte de la longue latence entre l'évènement et la première appréciation par un médecin, qui excluait d'établir selon un degré de vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre le traumatisme et les lésions constatées. L'affirmation selon laquelle des œdèmes osseux apparaitraient notamment lors de traumatismes provoquant une rupture du ligament croisé antérieur n'était pas tout à fait correcte. En cas d'évolution dégénérative, ils survenaient généralement en lien avec des lésions au cartilage articulaire (chondropathie) et n'apparaissaient pas en conséquence de lésions exclusivement méniscales. Leur absence n'excluait donc pas une lésion méniscale dégénérative.

23. A la demande de la chambre de céans les parties ont fourni des noms de spécialiste du genou, susceptible d'effectuer une expertise judiciaire.

24. Le 7 mai 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a envoyé une copie de la mission d'expertise.

25. Le 18 mai 2020, l'assurance a requis la modification de deux questions de la mission d'expertise (4.1 et 5.1.4).

26. Le 2 juin 2020, l'assuré a requis la modification d'une question (5.1.2) et s'est opposée à la demande de l'assurance de modifier la question 4.1.

27. Par ordonnance du 4 juin 2020 (ATAS/431/2020), la chambre de céans a confié une expertise orthopédique au Dr F_____ en considérant qu'elle se justifiait au vu des conclusions clairement contradictoires, d'une part, du Dr C_____ (avis des 30 mai 2018, 4 décembre 2018 et 1er mai 2019), d'autre part, des Drs D_____ (avis des 25 mai 2018 et 21 juin 2018) et G_____ (avis des 15 janvier 2019 et 6 août 2019) quant à la cause accidentelle de la lésion au ménisque du recourant.

28. Le 11 septembre 2020, le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise. L'assuré n'avait pas de plainte particulière concernant le genou droit lors des mouvements du quotidien mais il ne pouvait effectuer un mouvement de flexion au-delà de 140° en raison des douleurs.

    Le 9 juillet 2017, son genou droit, lors de l'accident, avait présenté une hyperflexion de la jambe droite qui s'était retrouvée bloquée sous la fesse ; il avait ressenti une vive douleur à la face postérieure du genou ; une gêne mécanique avec douleur avait persisté à chaque mouvement au-delà de 90°.

    Les lésions méniscales dégénératives concernaient plutôt le ménisque interne et étaient localisées dans la corne postérieure. Elles étaient la plupart du temps asymptomatiques. Si symptomatologie douloureuse il y avait, elle serait d'apparition progressive voire déclenchée par un traumatisme mineur. Dans tous les cas, une résolution de la symptomatologie sur plusieurs mois était à prévoir si un traitement ou une mise au repos avait été suivie. Souvent, elles étaient également associées à des lésions arthrosiques concomitantes.

    La lésion méniscale telle que décrite à l'IRM pouvait être de nature dégénérative et l'avait certainement été, surtout dans le cadre de la profession de l'assuré (cameraman) qui l'obligeait parfois à travailler en position accroupie, genou fléchi, ou sur des terrains irréguliers. Le fait que cette situation ait été asymptomatique pouvait aussi aller avec une lésion dégénérative.

    Toutefois, il fallait mentionner que le traumatisme présenté par l'assuré, à savoir une flexion forcée avec une jambe qui se retrouvait sous la fesse, générait une tension énorme sur la corne postérieure du ménisque interne comme cela avait été décrit dans les compléments d'information. Ce type de traumatisme allait clairement avoir un effet sur la corne postérieure du ménisque interne. Il ne s'agissait pas du tout d'un traumatisme torsionnel qui générait une atteinte du ligament collatéral médial ou même du pivot central. Dans cette situation spécifique, la corne postérieure du ménisque interne s'était clairement retrouvée traumatisée.

    Le fait que la situation ne se résolve pas sous un traitement de repos, voire un travail dans l'axe en évitant les stress, comme cela avait été effectué par l'assuré, allait dans le sens d'une origine traumatique puisque les lésions dégénératives avaient tendance à se résoudre de façon spontanée sous traitement conservateur et non-chirurgical. Le geste chirurgical de ce genou qui avait consisté notamment à suturer la déchirure (ce qui ne pouvait pas se faire dans un contexte de maladie car le ménisque dégénératif n'offrait pas assez de tenue pour accepter une suture) allait également dans le sens d'une atteinte traumatique. Le fait également que trois mois après la prise en charge chirurgicale, l'assuré avait retrouvé sa fonction du genou et n'avait plus ressenti de symptomatologie était également en lien avec une lésion ponctuelle dans le temps comme elle pouvait se voir lors d'un traumatisme.

    Le délai par rapport à la première consultation ne pouvait pas être pris en compte comme étant un élément en faveur d'une atteinte dégénérative. En effet, un délai

d'attente entre une atteinte dégénérative et une prise en charge arthroscopique était indispensable pour permettre à la situation de se résoudre spontanément si elle le pouvait. Le délai, dans ce cas précis, avait été exprimé par l'assuré comme résultant de l'appréhension d'une prise en charge éventuellement chirurgicale de son genou comme il l'avait eu, par le passé, de l'autre côté.

Le résultat clinique et fonctionnel, après l'arthroscopie avec résolution pratiquement complète de la symptomatologie, était également favorable à une atteinte traumatique surtout dans la mesure où le ménisque avait pu être suturé.

Pour faire court, il s'agissait d'un traumatisme aigu en hyper-flexion sur un ménisque probablement lésé comme cela pouvait se retrouver dans cette tranche d'âge de population, suivi d'une arthroscopie avec suture et résection partielle, suivi trois mois après une reprise de travail à 100 % sans rechute. A ceci s'ajoutait un assuré volontaire qui était conscient de sa santé et qui s'était pris en charge tant pour le genou gauche que le dos que pour son genou droit. A signaler aussi qu'il n'avait pas manqué son travail avant la prise en charge chirurgicale.

L'expert a posé les diagnostics de déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec composante verticale dans la portion inférieure de la déchirure. Languette méniscale libre au détriment de la corne postérieure du ménisque interne.

Le lien de causalité entre l'atteinte et l'accident était probable (> 50 %), l'hyperflexion était responsable d'une contrainte majeure exercée sur la corne postérieure du ménisque interne et la lésion préalable de celui-ci ne jouait qu'un faible rôle.

Le statu quo ante était atteint trois mois après l'arthroscopie, soit en avril 2019. Le fait que l'assuré n'avait consulté le médecin que plusieurs mois après l'accident n'excluait pas du tout un lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident du 9 novembre 2017. La symtpomatologie avait été maintenue sous contrôle tant que l'assuré pouvait effectuer des activités dans l'axe sur un plan sans irrégularité ou en terrain non accidenté. Sitôt que l'assuré avait repris une activité plus soutenue, donc comme dans son travail de cameraman (marche dans la neige à Pyongyang), la symptomatologie était survenue. A ce moment, il avait pris contact depuis la Corée du Sud directement avec le Prof. C_____ qu'il souhaitait avoir comme répondant pour son genou. Il n'était pas possible de lui reprocher de vouloir un opérateur précis qui lui avait été conseillé. La date de rendez-vous ne pouvant être donnée avant deux mois, l'assuré avait attendu jusqu'à sa date de rendez-vous.

L'IRM d'avril 2018 permettait de déterminer qu'il y avait un substrat dégénératif au niveau méniscal déjà présent. Ceci était confirmé par la morphologie horizontale de la déchirure. Il n'était pas possible en revanche de dire que la languette méniscale au détriment de la corne postérieure avec la déchirure verticale soit d'origine dégénérative. Cette dernière pouvait parfaitement correspondre à une

atteinte traumatique et correspondait au type de lésion retrouvée lors de traumatisme en hyper-flexion du genou.

L'intervention chirurgicale du 17 janvier 2019 était en lien probable avec l'accident. L'assuré n'avait été en incapacité de travail que durant trois mois dès le 17 janvier 2019. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité définitive actuellement.

Il était d'accord avec l'avis du Dr C_____. Quant au Dr D_____, il n'avait pas tenu compte du mécanisme de l'accident qui pouvait générer la déchirure méniscale retrouvée à l'IRM. Enfin, le Dr G_____ estimait à tort que la symptomatologie de lésion méniscale aurait dû se manifester avant la consultation d'avril 2018, car l'assuré avait maintenu durant cette période des activités de genou dans l'axe, dans un rayon entre 90 ° de flexion et extension et sans mouvement de pivot.

Cette situation qui présentait la particularité de durer dans le temps pouvait finalement être synthétisée. A savoir que l'assuré présentait un accident avec hyper-flexion du genou générant une grosse contrainte sur la corne postérieure du ménisque interne qui se déchirait. Cette déchirure se manifestait immédiatement par des douleurs et blocages puis lors des mouvements de pivot que l'assuré avait effectuéquelques mois après mais qui étaient d'intensité similaire à celle ressentie lors de l'accident. Le bilan complémentaire confirmait cette atteinte méniscale et une arthroscopie était proposée. Pour des problèmes assécurologiques (refus de prise en charge de l'assurance), ce geste chirurgical devait être repoussé à janvier 2019 pour des questions de quota. Mis bout à bout, l'assuré avait un traumatisme en hyper-flexion générant une atteinte méniscale pour laquelle une arthroscopie était proposée. Trois mois après, l'assuré retrouvait son autonomie et reprenait son travail à 100 % sans ressentir de problématique depuis.

29. Le 5 octobre 2020, le recourant a estimé que l'expertise judicaire était probante et a persisté dans ses conclusions.

30. Le 10 décembre 2020, l'intimée a estimé que l'expertise judiciaire ne mentionnait pas la date de l'examen, sa durée, ni les pièces médicales consultées ; l'expert s'appuyait sur les allégations du recourant ; il ne questionnait pas de manière critique pourquoi le recourant n'avait annoncé l'évènement que le 18 avril 2018 ; l'expert ne motivait pas le lien de causalité entre l'atteinte et l'accident et semblait considérer qu'elle était plutôt seulement possible, dès lors que la déchirure méniscale pouvait, selon lui, seulement correspondre à une atteinte traumatique.

    Il retenait de façon contradictoire que le statu quo ante était fixé en avril 2019 et que le statu quo sine n'était pas atteint. Il ne motivait pas la limitation de la flexion-extension à 100-0-5° en novembre 2017 dès lors qu'elle ne ressortait d'aucune pièce médicale. L'expert ne mentionnait pas l'incapacité de travail totale du recourant du 24 au 30 mai 2018, attestée par le Dr C_____.

    L'expert disait rejoindre le Dr C_____ sur la question de la décompensation de l'atteinte horizontale alors que ce dernier la contestait. Il omettait de se prononcer sur les rapports du Dr C_____ du 1er mai 2019 et du Dr G_____ du 6 août 2019.

Le rapport d'expertise était lacunaire, contradictoire, peu clair et insuffisamment motivé, de sorte qu'une contre-expertise, voire un complément d'expertise était nécessaire.

31. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

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

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

   Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, soit le 9 novembre 2017, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est tenue à prestation au-delà du 23 avril 2018, pour les suites de l'accident du 9 novembre 2017.

6. a. 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 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

b. 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. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il 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 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).

c. 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). 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).

7. a. Aux termes de l’art. 6 al. 2 LAA 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 élongations 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.

b. 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 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, 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 1er 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-accident. 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 la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, 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 pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – 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 plus de 50% de tous les 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).

8. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

   Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités; arrêts du Tribunal fédéral 8C_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

   Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des

aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

9. a. En l'occurrence, la chambre de céans, considérant que la situation médicale requérait des éclaircissements, a ordonné une expertise judiciaire orthopédique. Celle-ci - comprenant une anamnèse socio-professionnelle, personnelle, actuelle, du genou droit, une description du status, un rapport des examens d'imagerie, les plaintes du recourant, une explication théorique de la lésion méniscale dégénérative et des conséquences sur le ménisque interne d'un genou en hyper-flexion, une appréciation motivée et convaincante ainsi que des conclusions claires, notamment sur la question de la nature accidentelle de la lésion constatée - répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

b. Les critiques énoncées par l'intimée à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de celle-ci.

b/aa. Il ressort de l'anamnèse précise effectuée par l'expert que celui-ci s'est basé sur toutes les pièces du dossier qui lui ont été transmises avec l'ordonnance d'expertise, même si l'expert ne les a pas résumées dans son rapport.

b/bb. S'agissant de l'annonce tardive de l'accident à l'intimée, l'expert a donné des explications en relevant qu'à la suite de l'accident, le recourant avait ressenti une gêne persistante et des douleurs aux mouvements de flexion mais qu'ayant, en novembre 2017, déjà effectué l'entier de ses heures pour l'année (de son taux de travail de 80 %), il avait eu du temps libre en décembre, sans charge pour le genou. Début 2018, il avait ressenti, dans le cadre de son travail, une persistance de la symptomatologie mais encore modeste vu la marche effectuée sur un terrain régulier, dans l'axe et sans mouvement de pivot. C'était au moment où il avait dû effectuer des déplacements dans la neige, en Corée du sud, qu'il avait ressenti la même symptomatologie que lors de l'accident et avait décidé de consulter un médecin. Ce n'est qu'à la suite de la consultation auprès du Dr C_____ que le recourant a effectué une déclaration d'accident. Ces explications, cohérentes, permettent de comprendre l'annonce tardive de l'accident. L'expert a d'ailleurs indiqué que ce délai était parfaitement compréhensible et justifiable. La symptomatologie, aggravée par la reprise d'une activité plus soutenue, avait motivé une consultation médicale et l'annonce de l'accident.

b/cc. S'agissant du lien de causalité entre l'atteinte et l'accident, l'expert, contrairement à l'avis de l'intimé, a été très clair pour l'admettre, à un degré de probabilité supérieur à 50 %.

Il s'agissait en effet d'un traumatisme bien spécifique, qui suffisait à générer une hyper-compression de la corne postérieure du ménisque interne, à décompenser le statut précédent en ajoutant une nouvelle déchirure verticale et à générer la présence d'un fragment méniscal libre gênant l'articulation (expertise p. 15). L'analyse de l'IRM d'avril 2018 n'est en particulier pas contradictoire avec cette hypothèse, dès lors que l'expert se limite à indiquer que, s'il y avait un substrat

dégénératif déjà présent, la languette méniscale au détriment de la corne postérieure avec la déchirure verticale ne relève pas forcément d'une atteinte dégénérative et peut donc, au vu des autres éléments analysés - dont le mécanisme de l'accident, avec hyper-flexion - correspondre à une atteinte traumatique.

Par ailleurs selon l'expert, la symptomatologie, gêne et douleur persistante, n'était pas spécifique d'une déchirure méniscale de type dégénératif. L'expert estime ainsi, d'une façon cohérente que l'intervention du 17 janvier 2019, dès lors qu'elle a consisté par la prise en charge des atteintes elle-même en lien avec l'accident, est aussi en lien avec celui-ci.

b/dd. L'expert fixe le statu quo ante à avril 2019, soit trois mois après l'arthroscopie. En déclarant que le statu quo sine ne peut être atteint, l'expert a précisé qu'il se référait au risque de décompensation futur, en lien avec l'évènement traumatique, de sorte que ses réponses ne sont pas contradictoires.

b/ee. S'agissant du status, l'expert a indiqué que, selon son examen, les genoux présentaient une mobilité à 130-0-5°. Il a précisé, sous limitations fonctionnelles, que dès l'accident, le recourant avait présenté une flexion-extension du genou droit limitée à 100-0-5° (expertise p. 16). Certes, cette dernière limitation n'est pas attestée par une pièce médicale, ce qui s'explique par le fait que le recourant n'a consulté un médecin que le 17 avril 2018, alors que la flexion-extension était à ce moment-là de 130-0-5° (avis du Dr C_____ du 17 avril 2018). Cette limitation semble toutefois ressortir des explications données par le recourant à l'expert (expertise p. 3). Quoi qu'il en soit, cette donnée, qui n'est pertinente que durant la période du 9 novembre 2017 à avril 2018, n'est pas décisive pour déterminer si l'atteinte présentée par le recourant est à charge de l'intimé et ne saurait, même si elle ne repose que sur les explications du recourant, ôter toute valeur probante à l'expertise judiciaire.

b/ff. S'agissant de l'incapacité de travail, l'expert n'a pas mentionné celle limitée à 7 jours, du 24 au 30 mai 2018, en relevant que le recourant avait maintenu son activité après l'accident. Cette omission ne saurait non plus ôter toute valeur probante au rapport d'expertise.

b/gg. S'agissant enfin de l'appréciation des rapports médicaux au dossier, l'expert a indiqué rejoindre l'appréciation du Dr C_____ qui conclut à une origine traumatique de la lésion, ce que le Dr C_____ a indiqué dans son avis du 1er mai 2019. L'expert judiciaire s'est ainsi bien déterminé sur le rapport précité.

Quant à l'avis du Dr G_____, l'expert a indiqué s'en écarter, même s'il n'a pas répondu précisément à chaque argument de ce médecin, ce que la mission d'expertise n'exigeait d'ailleurs pas de sa part.

c. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire reconnaissant un lien de causalité entre l'atteinte au genou droit du recourant et l'accident.

10. a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

b. En l'occurrence, les frais de l'expertise de CHF 3'250.-, selon la facture du 8 septembre 2020 du Dr F_____, seront mis à la charge de l'intimée, dès lors que l'instruction médicale menée auprès de ses médecins-conseils n'était pas suffisamment probante, notamment au vu des rapports contraire et étayés du

médecin traitant ; une instruction plus approfondie aurait ainsi dû être menée par l'intimée.

11. Partant, le recours sera admis, la décision sur opposition de l'intimée annulée et il sera dit que le recourant a droit aux prestations de l'intimée au-delà du 23 avril 2018.

    Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant 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]), à charge de l'intimée.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 29 janvier 2019.
4. Dit que le recourant a droit aux prestations de l'intimée au-delà du 23 avril 2018
5. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- au recourant, à la charge de l'intimée.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 3'250.-, à la charge de l'intimée.
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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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