

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1411/2020

ATAS/1010/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2024

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964, a subi un accident le 26 février 2014 alors qu'il était employé en qualité de concierge par B_____ (ci-après : l'employeur) et assuré à ce titre contre les accidents et les maladies professionnels par le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : GMA ou l'intimée).
- b.** Son employeur a déclaré l'accident à GMA le 4 mars 2014, en indiquant qu'en voulant changer une ampoule, l'assuré était tombé d'une échelle.
- c.** Le 20 mars 2014, le docteur C_____, médecin généraliste, a indiqué à GMA avoir donné les premiers soins à l'assuré le 26 février 2014, le jour de l'accident. Il avait constaté des douleurs au dos et genou gauche. Une IRM avait été faite. Les diagnostics étaient une déchirure méniscale et une contusion lombaire.
- d.** Le 17 mars 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu l'assuré le jour même. Suite à la persistance des douleurs, celui-ci avait passé une IRM le 6 mars 2014, qui concluait à une lésion grade III de type undersurface tear de la corne postérieure du ménisque interne associée à un petit kyste synovial à la base du LCA (lésion du ligament croisé antérieur) sans signification particulière et la présence d'un kyste poplité de 1 cm de diamètre. L'examen clinique mettait en évidence une souffrance du compartiment interne compatible avec le diagnostic de lésion méniscale interne du genou, qui était stable dans le plan frontal et sagittal. Le traitement proposé était une arthroscopie opératoire avec une méniscectomie partielle interne du genou gauche.
- e.** Dans un certificat médical LAA du 15 avril 2014, le Dr C_____ a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assuré le 27 février 2014. Le médecin avait constaté des douleurs au dos et au genou gauche de l'assuré et posé, sur la base de l'IRM, le diagnostic d'entorse grave au genou gauche.
- f.** Dans un rapport opératoire du 15 mai 2014, le Dr D_____ a indiqué comme diagnostic préopératoire : suspicion de lésion méniscale interne du genou gauche, et comme diagnostic post-opératoire : underface tear de la corne du ménisque interne du genou gauche. Il avait procédé à une arthroscopie opératoire du genou et à une méniscectomie partielle de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne.
- g.** Le 12 juin 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une échographie du genou gauche de l'assuré et conclu à un épanchement intra-articulaire prédominant dans le compartiment interne du genou. Il n'y avait pas de kyste poplité objectivable.
- h.** Le 23 juin 2014, le Dr E_____ a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré et conclu à un épanchement intra-articulaire, un petit kyste poplité, un

status post ménisectomie interne de la corne postérieure sans redéchirure, des kystes intra-spongieux sous les épines tibiales et une bursite pré-rotulienne.

i. Par décision du 7 juillet 2014, GMA a considéré que les troubles au genou gauche de l'assuré, qui avaient nécessité une intervention en mai 2014, étaient d'origine exclusivement dégénérative et qu'ils ne pouvaient pas être attribués à l'événement du 26 février 2014, qui n'avait d'ailleurs provoqué aucune lésion traumatique objective. Son intervention se limitait, dès lors, à la prise en charge des frais médicaux relatifs à la contusion lombaire bénigne, qui avait dû cesser de déployer ses effets après quatre semaines tout au plus. Le *statu quo ante* devait être considéré comme atteint le 31 mars 2014 au plus tard.

j. Le 5 septembre 2014, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé opposition à la décision du 7 juillet 2014. Il contestait les conclusions du médecin-conseil de l'intimée, selon lesquelles ses troubles au genou gauche seraient exclusivement d'origine dégénérative.

k. Le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport, a établi le 14 janvier 2015 un rapport de consultation du 13 janvier 2015, lequel mentionnait qu'il s'agissait d'un patient qui présentait un status après une chute d'un escabeau le 26 février 2014, suivie de gonalgies gauches diagnostiquées par une IRM de déchirure grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne. Traité par ménisectomie partielle de la corne postérieure interne, le patient avait présenté des douleurs persistantes de ce genou. Malgré plusieurs infiltrations, les plaintes persistaient et une nouvelle IRM montrait une récurrence de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Sous « diagnostics », le Dr F_____ mentionnait : « re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec plica antéro-interne symptomatique ». Il proposait au patient une nouvelle arthroscopie avec, cette fois, ménisectomie complète de la corne postérieure du ménisque interne et ablation de plica antéro-interne.

l. Le 26 juin 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecin-conseil de GMA, a établi un rapport sur la base d'une copie du dossier asséculogique de l'assuré. S'agissant du genou gauche de l'assuré, une IRM réalisée le 6 mars 2014 n'avait pas démontré de lésion structurelle imputable à l'accident et notamment pas de lésion des ligaments périphériques et des ligaments croisés. Par contre, elle avait révélé la présence d'un état antérieur dégénératif, sous forme d'une déchirure horizontale de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne. Une déchirure horizontale de grade II à III du ménisque, qui résultait d'un mécanisme de clivage horizontal, était une lésion d'étiologie strictement dégénérative. La chute du 26 février 2014 avait vraisemblablement occasionné une contusion bénigne du genou gauche, sans lésion ligamentaire et sans lésion méniscale traumatique démontrée à l'imagerie. En l'absence de lésion structurelle imputable à une chute et en présence d'un état antérieur dégénératif, on devait considérer que

cette chute avait décompensé de manière passagère l'état antérieur et qu'elle avait cessé de déployer ses effets trois à quatre semaines après (*statu quo sine*). Il s'agissait du délai habituel de guérison d'une contusion au genou. Le traitement par arthroscopie du 15 mai 2014 et les investigations réalisées après cette intervention ainsi que la nouvelle arthroscopie proposée par le Dr F_____ ne concernaient pas l'accident du 26 février 2014 ni ses suites.

m. Par décision sur opposition du 28 juillet 2016, GMA a admis partiellement l'opposition du 5 septembre 2014 et accepté de prendre en charge les troubles du genou gauche jusqu'au 31 mars 2014, ainsi que l'incapacité de travail y afférente et les frais médicaux concernant les troubles du rachis lombaire jusqu'au 31 août 2014.

n. Le 14 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

o. Par arrêt du 2 mai 2017 (ATAS/353/2017), celle-ci a admis le recours, annulé la décision rendue par GMA le 28 juillet 2016 et dit que celle-ci devait prendre en charge les prestations découlant de l'accident du 26 février au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, celles liées à l'opération du 15 mai 2014. GMA devait compléter l'instruction pour déterminer si les prestations ultérieures, en particulier celles liées aux opérations subies par l'assuré en août 2015 et janvier 2016, avaient encore trait à une atteinte en lien de causalité avec l'accident du 26 février 2014. Il n'était pas contesté que le recourant avait subi une déchirure du ménisque, soit une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA. GMA avait accepté de prendre en charge les troubles du genou gauche du recourant jusqu'au 31 mars 2014, sur la base d'un rapport de son médecin-conseil, le Dr G_____. Elle avait ainsi admis que l'accident du 26 février 2014 avait eu initialement un rôle causal dans l'atteinte à la santé de l'assuré. Cette atteinte ne pouvait donc être exclusivement attribuée à la maladie. Il restait à déterminer si, à compter du 31 mars 2014, l'origine malade ou dégénérative de l'atteinte à la santé du recourant, à l'exclusion d'une origine accidentelle, était « clairement établie » par le Dr G_____. Tel n'était pas le cas. L'intimée ne pouvait ainsi pas fixer le *statu quo ante/sine* au 31 mars 2014. Elle devait prendre en charge les prestations découlant de l'événement du 26 février 2014 au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, celles liées à l'opération du 15 mai 2014.

Il appartiendra, en conséquence, à l'intimée de procéder à une instruction complémentaire afin de déterminer si, après l'opération du 15 mai 2014, les douleurs au genou gauche de l'assuré étaient encore en lien de causalité avec l'accident du 26 février 2014 et, dans le cas contraire, dater le retour au *statu quo sine*.

p. L'intimée a formé recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, qui l'a rejeté le 4 avril 2018 (arrêt 8C_418/2017), considérant que la chambre de céans

n'avait pas violé le droit fédéral en considérant que l'intimé devait prendre en charge le cas au moins jusqu'à l'opération du 15 mai 2014.

- B. a.** GMA a fait procéder à une expertise orthopédique par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. À teneur de son rapport du 26 juillet 2018, l'expert a conclu que l'atteinte au genou gauche de l'assuré était sévère antérieurement à l'événement du 26 février 2014, avec une double association de nature malade, associée à un traumatisme du 17 mai 2013. La présence du kyste de Baker attestait de l'ancienneté de la présence des lésions dégénératives au genou gauche. La maladie dégénérative mucoïde était générale, car elle affectait les deux genoux. L'expert relevait encore l'absence de toute autre lésion du genou gauche ainsi que l'absence de tout signe clinique, selon les déclarations de l'assuré du même jour.

Il était hautement vraisemblable qu'une instabilité passagère au genou gauche ou l'apparition d'une brève douleur à celui-ci ait conduit à la chute de l'assuré, en l'absence de compensation immédiate du genou controlatéral le 26 février 2014 et que la symptomatologie de la maladie dégénérative se soit manifestée pour la première fois lors de l'application de ces contraintes liées à l'utilisation de l'échelle, ce qui avait entraîné, secondairement, la chute. Par la suite, la maladie dégénérative était restée symptomatique au genou gauche ainsi que le montrait l'évolution.

On retrouvait, après l'événement du 26 février 2014 et sans modification, l'affection malade dégénérative du ménisque interne connue depuis le 5 juin 2013. Le diagnostic en lien de causalité naturelle avec l'événement du 26 février 2014 était donc une contusion du genou gauche le 26 février 2014. Celle-ci avait cessé de déployer ses effets un mois plus tard, soit le 31 mars 2014. Il n'existait pas de séquelle de cette contusion du genou gauche. En effet, la contusion par la dégénérescence mucoïde n'entraînait pas de modification de celle-ci. Ceci était bien montré par l'examen sous la vue et le test au crochet lors de l'arthroscopie du genou du 15 mai 2014.

L'état antérieur du genou gauche, défini par la dégénérescence mucoïde débutante du LCA gauche et par la dégénérescence mucoïde de stade II étendue, horizontale, de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste de Baker n'était en rien modifié par l'événement du 26 février 2014. En effet, la contusion du genou gauche, sans épanchement intra-articulaire, ne modifiait pas les caractéristiques de la lésion méniscale préexistante, ni celle du ligament croisé antérieur.

Le *statu quo ante* et le *statu quo sine* étaient ainsi retenus au 31 mars 2014.

La lésion méniscale interne du genou gauche était de nature dégénérative, de type mucoïde. Elle était sans relation aucune avec un quelconque traumatisme. Il n'existait aucun lien de causalité naturelle entre l'événement du 26 février 2014,

défini par une contusion du genou gauche, et la maladie dégénérative méniscale interne existante au genou gauche.

La lésion du ménisque interne du genou gauche relevait d'un mécanisme de nature malade exclusive. Il en était de même pour la lésion du ménisque externe.

b. Le 4 octobre 2018, des médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé pour une PTG (prothèse totale du genou) gauche en raison d'une gonarthrose fémoro-tibiale gauche avec un transfert à l'hôpital de Beau-Séjour.

c. Par décision du 21 décembre 2018, GMA a admis la causalité entre les lésions de l'assuré au genou gauche et l'accident du 26 février 2014 jusqu'au 31 mars 2014. Les soins donnés dès le 1^{er} avril 2014 relevaient par conséquent de l'assurance-maladie de l'assuré. Les prestations versées au-delà du 31 mars 2014 seraient réclamées à ce dernier.

d. Le 21 décembre 2018, GMA a refusé la prise en charge des frais du séjour hospitalier de l'assuré aux HUG suite à son intervention chirurgicale du 13 septembre 2018.

e. Le 16 janvier 2019, la docteure I_____, spécialiste FMH en médecine générale, a certifié soutenir l'assuré dans son recours contre la décision de GMA. L'assuré était très handicapé par son genou gauche depuis son accident du 26 février 2014. Malgré de nombreuses chirurgies, dont la dernière en septembre 2018 avec mise en place d'une prothèse, d'importantes douleurs à la marche ainsi qu'une boiterie persistaient quatre mois après. Selon le dernier rapport des HUG, il existait un débord de la prothèse qui pouvait expliquer en partie les fortes douleurs persistantes et empêcher la reprise de travail. En raison de cette pathologie chronique ne répondant pas aux différents traitements, le pronostic était défavorable quant à la possibilité que l'assuré puisse reprendre son métier de concierge. En effet, il ne pouvait pas rester longtemps debout, ni marcher sur de longues distances. Il montait les escaliers avec difficultés et ne devait pas monter sur une échelle. Le port de charges était difficile, car il marchait avec une canne. Son sommeil était perturbé à cause des douleurs et cela entraînait une fatigue diurne. La capacité de travail dans son activité habituelle de concierge restait à 0%.

f. Le 30 janvier 2019, l'assuré a formé opposition à la décision de GMA, contestant la force probante de l'expertise du Dr H_____ du 26 juillet 2018 et faisant valoir que la décision violait l'autorité de la chose jugée par l'arrêt du 2 mai 2017.

g. Par décision du 25 avril 2019, annulant et remplaçant la décision du 21 décembre 2018, GMA a accepté la prise en charge des suites de l'accident jusqu'au 30 septembre 2014.

h. Le 15 mai 2019, l'assuré a formé opposition à la décision de GMA du 25 avril 2019. Il constatait que la nouvelle décision respectait l'arrêt de la Cour de justice du 2 mai 2017 et persistait pour le reste dans son opposition. GMA n'avait pas démontré, au degré de la certitude, que les troubles à son genou gauche étaient de nature exclusivement malade. Le rapport du Dr H_____ ne se prononçait pas à ce sujet.

i. Dans un complément d'expertise du 18 mars 2020, le Dr H_____ a indiqué que les troubles maladifs étaient définis par la maladie dégénérative mucoïde, diagnostic posé le 5 juin 2013. Les troubles du genou gauche présentés par l'assuré étaient de nature manifestement exclusivement malade dès 15 juillet 2014, soit deux mois après de l'opération du 15 mai 2014, ce qui correspondait à la phase de cicatrisation du ménisque opéré. La cicatrisation terminée, le ménisque interne gauche ne présentait plus alors que la seule affection de nature malade. Cette durée était soutenue par les éléments suivants :

- le geste chirurgical avait été fait sous arthroscopie, de sorte que le genou n'avait pas été « ouvert » chirurgicalement ;
- un geste chirurgical limité qui conservait la stabilité du ménisque interne ;
- un geste chirurgical dont les suites opératoires étaient simples et sans complication.

L'affection malade du genou avait repris son cours naturel. Il était en effet décrit une nouvelle lésion du ménisque gauche en août 2015, mais aucun traumatisme n'avait été annoncé. Il en était de même en janvier 2016.

j. Par décision sur opposition du 22 avril 2020, GMA a constaté que l'assuré avait omis de déclarer qu'il avait subi un accident lors de l'entretien qu'il avait eu avec un collaborateur de GMA le 17 avril 2014. Cet accident n'avait en outre jamais été annoncé à la régie qui ne l'avait jamais déclaré à GMA. Dans son rapport complémentaire, le Dr H_____ avait indiqué que pour les seules suites de l'opération du 15 mai 2014, consistant en l'ablation d'un petit fragment du ménisque interne, la durée de prise en charge du cas ne devait pas dépasser deux mois, soit jusqu'au 15 juillet 2014. Les troubles subsistant après cette date étaient en relation de causalité exclusive avec la maladie dégénérative mucoïde qui avait déjà été diagnostiquée lors de l'IRM du 5 juin 2013. GMA ayant accepté la prise en charge du cas jusqu'au 30 septembre 2014, elle avait largement rempli ses obligations.

- C. a.** Le 18 mai 2020, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre de céans, concluant, principalement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, sous la forme d'un complément à celle faite par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le cadre de la procédure (A/404/2019) qui l'opposait à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) et à ce qu'il soit dit que le *statu quo ante* ou *sine* des suites de l'accident du 26 février

2014 n'était pas atteint à ce jour et à la prise en charge des opérations chirurgicales des 31 août 2015, 14 janvier 2016 et 13 septembre 2018 ainsi que les conséquences en découlant.

S'agissant du prétendu manque de collaboration de l'assuré qui aurait « omis » de déclarer un accident survenu le 17 mai 2013, dans la mesure où il était de toute manière déjà assuré à cette période auprès de GMA, la survenance de cet accident n'aurait rien changé au devoir de celle-ci de prendre en charge ce cas. Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait indiqué que la question d'un problème médical antérieur à l'accident de 2014 était sans pertinence, car il avait été démontré que l'accident avait déclenché les symptômes du recourant et conduit à l'intervention chirurgicale du 15 mai 2014 en raison de la persistance des douleurs. Enfin, l'assuré n'avait pas omis cette information. Si aucune déclaration d'accident n'avait eu lieu en 2013, c'était uniquement dans la mesure où il n'en avait résulté a priori aucune séquelle pour l'assuré, qui avait pu reprendre son travail, au contraire de l'accident du 26 février 2014, qui avait entraîné une incapacité de travail durable qui perdurait.

La présence d'une déchirure du ménisque n'était pas contestée en l'espèce et il s'agissait d'une lésion assimilée figurant à l'art. 9 al. 2 let. c de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (aOLAA - RS 832.202). La position du Dr H_____ était en contradiction avec l'état de fait retenu par l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 2 mai 2017 et celui du Tribunal fédéral du 4 avril 2018, puisqu'elle remettait en cause l'origine des lésions constatées suite à l'accident du 26 février 2014. Revenant en partie sur sa position, le Dr H_____ avait estimé, dans son complément d'expertise du 18 mars 2020, que les affections en lien avec l'opération chirurgicale du 15 mai 2014 avaient duré deux mois, correspondant à la phase de cicatrisation. L'assurance avait défini ainsi la fin des prestations par rapport à cet élément. Cette position n'était pas admissible. En effet, selon l'art. 10 LAA, l'assuré avait droit à la prise en charge des prestations médicales aussi longtemps que la mesure était susceptible d'apporter une amélioration sur son état de santé. En l'espèce, la durée des prestations ne pouvait se définir jusqu'à la fin de la phase de cicatrisation.

b. Par réponse du 30 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Certes, le Dr H_____ avait dû faire une appréciation sur une situation remontant à plus de cinq ans, ce qui impliquait qu'il se base sur les pièces médicales de l'époque et non pas sur ses constatations objectives effectuées lors son examen de juillet 2018. Néanmoins, il s'était déterminé en tenant compte des particularités du cas d'espèce, impliquant également la maladie dégénérative mucoïde importante qui avait repris son cours naturel et qui était à l'origine de la nouvelle lésion du ménisque gauche qui avait justifié l'intervention du mois d'août 2015.

Ainsi, l'intimée ne s'était pas fondée sur la vraisemblance prépondérante pour nier la relation de causalité entre les troubles du genou gauche du recourant et

l'accident dès la fin du mois de septembre 2014. Au contraire, force était de constater sur la base du rapport du Dr H_____ qu'à cette date, l'accident ne jouait plus aucun rôle dans l'état du genou gauche, les troubles dans ce genou étant, à ce moment, selon les termes du Dr H_____, de nature manifestement malade. Le fait que l'assuré ne présentait pas ces problèmes avant l'accident ne permettait de tirer aucune conclusion quant à la relation de causalité, le principe *post hoc ergo propter hoc* étant impropre à établir le rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Pour le surplus, il était renvoyé à la décision sur opposition.

c. Le 31 août 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et a produit un avis du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 28 août 2020, qui confirmait que les limitations fonctionnelles étaient toujours bien présentes, sans qu'un traitement puisse être proposé.

d. Le 5 octobre 2020, le recourant a produit à la procédure le rapport d'expertise du Dr J_____. Il en ressort notamment que suite à l'arthroscopie réalisée par le Dr D_____ le 15 mai 2014 et la résection méniscale partielle, aucune amélioration n'avait été observée dans les suites opératoires. Au contraire, il avait présenté des épisodes d'épanchements traités par physiothérapie, ponctions et infiltrations, sans succès.

e. Le 22 octobre 2020, l'intimée a observé que le rapport d'expertise du Dr J_____ n'abordait pas la question de la relation de causalité entre les troubles du recourant et l'accident du 26 février 2014 et qu'il n'était donc pas utile dans le cadre de la présente procédure. Il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr J_____, dès lors que le dossier comportait une expertise très détaillée du Dr H_____ qui remplissait les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des expertises.

f. Le 28 octobre 2020, le recourant a relevé que contrairement à ce que retenait le Dr H_____, il était totalement incapable de travailler dans l'activité de concierge, ce qui ressortait de l'expertise du Dr J_____. Qu'un élément aussi essentiel que la capacité de travail soit établie de manière aussi erronée par le Dr H_____ mettait en doute l'ensemble de ses appréciations y compris celles relatives à la question du lien de causalité. Il en résultait qu'un complément d'expertise devait être mis sur pied. À défaut, on risquait de se trouver dans la situation dans laquelle la chambre des assurances sociales se verrait contrainte de rendre des décisions contradictoires à l'égard d'un même assuré.

g. Par arrêt incident du 16 février 2022, la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure A/404/2019 pendante devant le Tribunal fédéral considérant que l'arrêt de ce dernier serait susceptible d'avoir une incidence sur la présente procédure dans la mesure où la chambre de céans

pourrait décider de demander un complément d'expertise au Dr J_____, sur la question de la causalité.

h. Le 22 juin 2022, le recourant a informé la chambre de céans que le Tribunal fédéral avait rendu son arrêt le 8 juin 2022 dans la procédure A/404/2019 (9C_531/2021). Il avait été retenu une incapacité de travail complète sur la base de l'expertise du Dr J_____ dont la valeur probante avait été validée par le Tribunal fédéral. Le recourant transmettait un procès-verbal d'enquêtes et de comparution personnelle des parties du 28 juin 2021 qui devait se lire en parallèle au rapport d'expertise du Dr J_____ qui avait déjà été produit. Le recourant demandait la reprise de l'instance et persistait à demander qu'un complément d'expertise soit confié au Dr J_____, considérant que l'avis du Dr H_____ n'avait pas de valeur probante.

i. L'intimée a fait valoir que l'expertise du Dr J_____ n'avait aucune valeur probante pour la question litigieuse dans le cadre de la présente procédure.

j. Par ordonnance du 17 novembre 2023, la chambre de céans a constaté que le Dr H_____ avait d'abord indiqué dans son rapport d'expertise que l'on ne pouvait pas retenir que l'accident du 26 février 2014 avait au moins déclenché les symptômes du recourant et conduit à l'intervention chirurgicale du 15 mai 2014.

Il avait ensuite admis, dans son complément d'expertise, que les troubles du genou gauche présentés par le recourant étaient de nature manifestement exclusivement malade à partir le 15 juillet 2014, précisant que cette durée de deux mois après l'opération du 15 mai 2014 correspondait à la phase de cicatrisation du ménisque opéré. La cicatrisation terminée, le ménisque interne gauche ne présentait plus alors que la seule affection de nature malade.

Le Dr H_____ avait ainsi manifestement adapté ses conclusions au contenu de l'arrêt de la chambre de céans, confirmé par le Tribunal fédéral, et soutenu le contraire de ce qu'il avait dit dans un premier temps, en justifiant sa nouvelle appréciation par des considérations générales sur la phase de cicatrisation, sans commenter le fait que le recourant souffrait toujours de douleurs. Ses dernières conclusions sont ainsi peu convaincantes.

Par ailleurs, le Dr H_____ se fondait sur le délai usuel de cicatrisation en lien avec une opération chirurgicale pour retenir un retour au *statu quo sine* ou *ante*, ce qui ne suffisait pas pour retenir que c'était clairement le cas en l'espèce, dans la mesure où il n'avait pas pris en compte la situation réelle du recourant. Or, il ressort du rapport d'expertise du Dr J_____ que l'état de son genou ne s'était pas amélioré suite à l'opération du 15 mai 2014, au contraire, puisqu'il avait présenté des épanchements, traités sans succès par physiothérapie, ponctions et infiltrations.

En conclusion, l'expertise du Dr H_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en résultait que l'intimée ne pouvait sur la base de ses rapports retenir que deux mois après l'opération du 15 mai 2014, l'atteinte au

genou gauche du recourant n'était plus que de nature manifestement malade et cesser en conséquence la prise en charge de son cas au 30 septembre 2014.

La chambre de céans a en conséquence ordonné une expertise du recourant qu'elle a confiée au professeur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, comme expert, le Dr J_____ ayant pris sa retraite.

k. Dans son rapport du 8 juillet 2024, l'expert L_____ a indiqué, s'agissant du rapport du Dr F_____ du 14 janvier 2015 qui mentionnait une redéchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec plica antéro-interne symptomatique qui avait été objectivé par IRM du 19 décembre 2014, qu'aucun élément ne laissait supposer qu'un nouvel accident serait survenu ayant pour conséquence cette redéchirure. Néanmoins dans le cadre d'une lésion méniscale, il n'était pas rare, après une méniscectomie partielle, de voir une récurrence de la déchirure. Ceci s'expliquait par l'altération biomécanique que la résection méniscale partielle induisait et qui tendait à augmenter les forces de frottement intra articulaire en présence, notamment de compression et de cisaillement, qui pouvaient induire des redéchirures.

S'agissant de la causalité, l'expert a indiqué que les prestations liées à l'opération du 15 mai 2014 étaient motivées par l'accident du 26 février 2014. Il s'agissait d'une déchirure méniscale occasionnée lors d'un accident. Certes, le genou gauche présentait avant cet accident des lésions d'origine dégénérative, qui étaient mises en évidence par l'imagerie, mais l'assurée était asymptomatique au moment de l'événement accidentel, malgré une déchirure méniscale visible sur l'IRM de 2013. La déchirure méniscale était décrite comme horizontale, ce qui en général était attribué à une altération dégénérative. Néanmoins, la littérature médicale admettait que ce type de déchirure pouvait survenir après un accident et que les deux feuillets, l'un supérieur et l'autre inférieur, constituant la déchirure, pouvaient être séparés et donc déstabilisés par un accident. Cette déchirure devenait symptomatique et nécessitait une intervention chirurgicale sous la forme d'une méniscectomie partielle. Cette intervention pouvait être incomplète et le genou rester douloureux, car le ménisque continuait à se déchirer sous l'effet de l'altération de la biomécanique du genou induit par la méniscectomie partielle.

À la question de savoir si à un moment donné, à compter du 31 mars 2014, l'atteinte du genou gauche du recourant était devenue clairement due à une cause malade ou dégénératives, à l'exclusion d'une origine accidentelle, l'expert a répondu qu'il y avait dans ce genou gauche indiscutablement des éléments dégénératifs, mais également un élément traumatique. Le 31 mars 2014, soit 33 jours après la chute d'une échelle du 26 février 2014, l'atteinte était clairement d'origine traumatique. La déchirure du ménisque interne n'étant pas guérie après ce court laps de temps.

S'agissant du diagnostic que le Dr H_____ retenait comme en lien de causalité naturelle avec l'événement, à savoir une contusion du genou gauche le 26 février 2014, l'expert judiciaire a commenté qu'il s'agissait là d'un diagnostic vague et non défini posé longtemps après les faits suites au rapport établi le 26 juin 2015 par le Dr G_____ et sans avoir examiné le patient.

Au sujet du mécanisme évoqué par le Dr H_____ expliquant la chute de l'échelle en raison d'une instabilité d'origine dégénérative du genou gauche de l'assuré, l'expert judiciaire a indiqué qu'il s'agissait là d'une construction théorique ou d'une supposition sans fondement. En effet, les examens cliniques n'avaient pas mis en évidence de laxité ou de faiblesse particulière du genou gauche. De plus, la littérature médicale concernant spécifiquement la dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur démontrait que cette dégénérescence n'entraînait pas ou très rarement une instabilité du genou ou un test de Lachman positif.

S'agissant d'une remarque du Dr H_____ selon laquelle la lésion méniscale interne du genou gauche était de type mucoïde, l'expert a indiqué que le diagnostic de « lésion mucoïde » du ménisque interne n'était évoqué par aucun radiologue et cela n'empêchait pas un traumatisme qui aggravait une lésion sous-jacente la rendant symptomatique. Ce terme de « mucoïde » se retrouvait pour décrire l'état du ligament croisé antérieur et des formations kystiques au pied du ligament croisé antérieur et au niveau de l'échancrure du fémur.

S'agissant d'une remarque du Dr H_____ selon laquelle la symptomatologie clinique au genou gauche était celle d'une maladie dégénérative mucoïde méniscale apparue le 26 février 2014, l'expert judiciaire a commenté qu'il n'existait pas de maladie dégénérative mucoïde méniscale dans ce cas. Ce diagnostic n'ayant été évoqué en ces termes par aucun des radiologues ayant interprété un examen IRM du genou gauche du recourant.

À la remarque du Dr H_____ selon laquelle le chirurgien orthopédiste et traumatologue n'avait pas retenu le diagnostic de lésion méniscale, l'expert judiciaire a relevé que le chirurgien qui avait opéré le recourant avait fait plus que suspecter une lésion méniscale. En effet, l'IRM préopératoire montrait une telle lésion. Cette question avait en outre déjà été tranchée par les jugements de la chambre des assurances sociales et du Tribunal fédéral.

S'agissant de la remarque du Dr H_____ selon laquelle la torsion du genou évoquée dans certains documents ne pouvait pas être retenue, l'expert judiciaire a indiqué qu'une torsion du genou amenant à une lésion méniscale n'était pas équivalente à une torsion entraînant une déchirure ligamentaire périphérique. En effet, une torsion brusque de faible amplitude pouvait déchirer un ménisque sans que cela n'aboutisse à une déchirure ligamentaire, ni même à un épanchement conséquent.

Selon l'expert judiciaire, il était juste d'affirmer qu'il n'y avait pas eu d'entorse, les structures ligamentaires périphériques et le pivot central n'étant pas lésés sur

les IRM, mais il n'était pas nécessaire de subir une entorse avec déchirure ligamentaire pour léser les ménisques.

S'agissant de la remarque du Dr H_____, selon laquelle la dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur et le kyste poplité de Baker, l'expert judiciaire commentait que ni l'étonat du ligament croisé antérieur ni la présence d'un kyste de Baker n'était en cause. En l'occurrence, il s'agissait des conséquences d'une chute d'une échelle.

S'agissant de la réponse du le Dr H_____, selon lequel les troubles qui avaient nécessité l'opération du 31 août 2015 relevaient d'un mécanisme de nature malade exclusive et d'un résidu embryologique, pathologie de nature malade congénitale. L'expert judiciaire a commenté que cette opération du 31 août 2015 était la conséquence des suites douloureuses de l'intervention du 15 mai 2014, elle-même motivée par la déchirure type « undersurface tear » de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche en lien avec l'accident du 26 février 2014. La résection de la plica n'était effectivement pas en lien avec l'accident.

S'agissant de la réponse du le Dr H_____ selon laquelle les troubles qui avaient nécessité l'opération du 31 août 2015 relevaient d'un mécanisme de nature malade exclusive, l'expert judiciaire a indiqué que cette opération était la conséquence des suites douloureuses de l'intervention du 15 mai 2014, elle-même motivée par la déchirure type « undersurface tear » de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche en lien avec l'accident du 26 février 2014. L'évolution naturelle d'un genou multi opéré et ménisectomisé aboutissait, selon la littérature, à des modifications arthrosiques dont les dommages cartilagineux constatés sur les examens d'imagerie du recourant.

Concernant la réponse du Dr H_____ selon laquelle les troubles qui avaient nécessité l'opération du 13 septembre 2018 relevaient d'un mécanisme de nature malade exclusive, l'expert judiciaire indiquait que la ménisectomie entraînait des modifications arthrosiques et les interventions successives aboutissant à une ménisectomie interne étaient en relation avec l'accident du 26 février 2014.

S'agissant de la date du *statu quo ante et sine* fixé par le Dr H_____ au 31 mars 2014, en évoquant un diagnostic de contusion du genou, l'expert judiciaire relevait que l'arthroscopie du 15 mai 2014 avait été prise en charge par l'intimée, car en lien avec l'accident du 26 février 2014. Le Dr H_____ évoquait le 15 juillet 2014 comme date de stabilisation, soit deux mois après l'arthroscopie du 15 mai 2014, évoquant la cicatrisation du ménisque. Il apparaissait là une contradiction importante. Ensuite, l'arthrose post ménisectomie était de nature évolutive et la situation n'était pas encore stabilisée (prothèse unicompartmentale descellée et douloureuse du genou gauche). L'expert était d'accord avec le Dr H_____ sur le fait que des facteurs étrangers avaient joué un rôle dans l'évolution du cas. L'accident avait bien eu lieu et avait aggravé la situation du

genou gauche qui était auparavant asymptomatique. L'état antérieur n'était pas causal de la chute, le genou gauche ayant été trouvé stable selon l'examen clinique de l'expert. La chute avait bien eu lieu entraînant un dommage du ménisque interne gauche.

Le Dr H_____ a retenu que les troubles du genou gauche de l'assuré étaient de nature exclusivement malade dès le 15 juillet 2014, soit deux mois à partir de l'intervention du 15 mai 2014, correspondant à la phase de cicatrisation du ménisque opéré. Ensuite l'affection malade avait repris son cours naturel. L'expert L_____ a indiqué à ce sujet que cette limite du 15 juillet 2014 ne correspondait pas la situation clinique, puisque le genou gauche du recourant continuait à être douloureux et présentait toujours une déchirure du ménisque interne selon l'IRM du 10 décembre 2015. Le commentaire du Dr H_____ selon lequel l'affection maladie reprenait son cours naturel était une reconnaissance implicite des effets du traumatisme méniscal lors de la chute du 26 février 2014.

À la question de savoir si les plaintes de l'assuré semblaient cohérentes avec les constatations objectives, l'expert a indiqué que les plaintes de l'assuré concernant son genou gauche n'avaient jamais varié de localisation depuis l'accident du 26 février 2014. Elles paraissaient cohérentes et compatibles avec une lésion méniscale. Elles avaient pu être majorées lors de certains examens cliniques et notamment lors des expertises, mais cela n'empêchait pas que l'évolution radiologique se dirigeait lentement mais sûrement vers une arthrose sévère au niveau du genou gauche justifiant la mise en place d'une prothèse unicompartimentale du genou gauche. Le genou droit présentait lui aussi des lésions de nature dégénérative, mais en l'absence d'événement accidentel ou de lésion méniscale traumatique, il n'y avait pas eu d'évolution arthrosique comparable à celle du genou gauche. L'examen clinique actuel était directement en lien avec le descellement de la prothèse unicompartimentale interne gauche, comme cela avait été objectivé par les résultats de SPECT/CT de 2019. Une révision de la prothèse unicompartimentale serait utile pour soulager la symptomatologie douloureuse du recourant, mais elle ne permettrait en aucun cas une reprise de travail, quelle que soit l'activité.

l. Le 8 août 2024, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'au 31 mars 2014, l'atteinte était clairement d'origine traumatique et que l'expert ne se prononçait pas pour la suite, tout en relevant en la présence d'éléments traumatiques de l'existence d'une atteinte dégénérative. Il sollicitait l'audition de l'expert à ce sujet.

m. L'intimée a émis des doutes sur la valeur probante de l'expert judiciaire.

n. Dans un rapport complémentaire du 2 novembre 2024, l'expert judiciaire répondu aux remarques de parties en se référant essentiellement à son premier rapport.

o. Le 11 novembre 2024, le recourant a estimé que l'expert avait répondu de manière circonstanciée convaincante aux objections de l'intimée. Il était manifeste que l'expert retenait un lien de causalité complet entre l'état du genou gauche et l'accident, sans interruption de causalité. Il persistait en conséquence dans ses conclusions.

p. Le 25 novembre 2024, l'intimée a renvoyé à ses précédentes écritures et s'en est remis à justice.

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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de cesser la prise en charge du cas du recourant dès le 1^{er} octobre 2014, considérant que les troubles du genou gauche présentés sont de nature manifestement exclusivement malade dès le 15 juillet 2014.
4. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1^{er} janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; *erratum* de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).
5. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (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 jusqu'au 31 décembre 2016.

- 6.

6.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie

professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

6.3 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75

consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6.4 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).

6.5 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles comprennent notamment les déchirures du ménisque (let. c).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé

l'atteinte préexistante (ATF 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et les références citées).

À l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 p. 467). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne (Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., p. 859 n. 66 et p. 875 n. 104), comme lorsqu'un geste quotidien entraîne une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 p. 329) ou lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_949/2010 du 1^{er} décembre 2011 consid. 4.3.2.1).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêts du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015).

Le Tribunal fédéral a jugé que si l'influence d'un facteur extérieur, soudain, et involontaire suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'hypothèse où il existe également un facteur extraordinaire. Il faut cependant que

la lésion (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative. La question du lien de causalité des affections diagnostiquées doit dès lors être examinée à l'aune de l'art. 9 aOLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_110/20165 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2).

6.6 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

7. En l'espèce, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Prof. L_____, qui répond aux réquisits nécessaires. Il a en outre répondu de façon satisfaisante dans un rapport complémentaire aux remarques des parties à son sujet.

Sur base de ses rapports, il apparaît que le *statu quo sine* ou *ante* n'est pas encore atteint. Le Prof. L_____ a en effet indiqué que c'était l'accident qui avait causé une aggravation d'une déchirure asymptomatique du ménisque interne du recourant et que c'était cette aggravation qui avait mené aux interventions et finalement à l'arthrose du compartiment interne du genou gauche nécessitant la mise en place d'une prothèse unicompartmentale. Il a outre précisé qu'en comparaison, le genou droit du recourant, qui présentait comme le gauche des lésions dégénératives mais qui n'avait pas subi d'accident n'avait pas eu la même évolution, puisqu'il était resté asymptomatique. Les conclusions de l'expert à ce sujet sont convaincantes et bien motivées.

En conséquence, la décision sur opposition du 22 avril 2020 – qui retient que les troubles du recourant au genou gauche étaient dès le 15 juillet 2014 exclusivement en relation de causalité avec la maladie générative du recourant – doit être annulée et l'intimée doit prendre le cas de celui-ci en charge au-delà du 15 juillet 2014 au 22 avril 2020, et tant que le retour au *statu quo sine* ou *ante* ne sera pas atteint.

8. Le recours sera en conséquence admis.

Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur (ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire car l'expertise du Dr H_____ n'est pas convaincante et insuffisamment motivée. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais d'expertise de CHF 12'500.- à la charge de l'intimée.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 22 avril 2020.
4. Dit que les troubles subsistant au genou gauche du recourant étaient toujours en lien de causalité naturelle avec son accident du 15 juillet 2014 au 22 avril 2020.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à la charge de l'intimée.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 12'500.- 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

Catherine TAPPONNIER

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