

GE_GERICHTE ATAS/61/2026 vom 27. Januar 2026

GE Cour de justice, 2026-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_61_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/61/2026 du 27 janvier 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/61/2026 del 27 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1

A/2627/2024 - 11/25 -

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA ne déroge expressément à la LPGA. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

E. 1.3

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée pour les troubles annoncés le 1er août 2022 à titre de rechute, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre ces troubles et l'événement du 28 septembre 2015. 3.

3.1 Le 1er 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 du recourant 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3.2 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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).

A/2627/2024 - 12/25 - 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression

A/2627/2024 - 13/25 - du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2). L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons

(let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). La jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du

E. 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.

E. 9

novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 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. 3.1 ; 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 précité

A/2627/2024 - 14/25 - consid.4.2). Il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative si la lésion corporelle (assimilée) ne peut pas être rattachée à l'accident en cause (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 5.1). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_110/2016 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 ; U.162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2). 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 3.3 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et

A/2627/2024 - 15/25 - l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). 3.4 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/2627/2024 - 16/25 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/2627/2024 - 17/25 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 3.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 4.

4.1 En l'espèce, l'intimée nie la causalité entre les troubles annoncés à titre de rechute le 8 août 2022 et l'événement du 28 septembre 2015 au cours duquel le recourant a subi une entorse du genou gauche en glissant lors d'un match de curling (rapport du Dr B_____ du 28 octobre 2015 ; déclaration de sinistre du 2 octobre 2015). Pour ce faire, l'intimée s'appuie sur les appréciations de son médecin-conseil des 29 mars 2023 et 15 janvier 2024, eux-mêmes basés sur le rapport d'expertise orthopédique du 11 mars 2023. 4.2 Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise. 4.2.1 Sur le fond, l'expert a expliqué que le recourant avait présenté une ancienne lésion du ligament croisé antérieur (du genou gauche) survenue en 1999 (consécutivement à un accident). Une ligamentoplastie avait alors été réalisée, prise en charge par son assureur-maladie de l'époque. Sur la base de l'IRM (du genou gauche) effectuée en 2015, l'expert a retenu des lésions cartilagineuses importantes provoquées par une instabilité chronique, ainsi qu'un œdème osseux en rapport avec une fissure du cartilage condylien, sans œdème des plateaux tibiaux par « contrecoup » comme on le voyait en cas de lésions traumatiques récentes avec rupture du ligament croisé antérieur. Au vu des lésions évoluées sur le cartilage du condyle fémoral interne, l'expert a conclu que la relation de causalité était possible entre l'événement annoncé en 2015 et la déchirure ligamentaire itérative. Cette dernière était de façon probable préexistante compte tenu de la chondropathie de grade IV mise en évidence sur cette IRM et qui signait une instabilité chronique. Le recourant n'avait pas souhaité une nouvelle intervention chirurgicale après la rupture itérative (i.e. la rupture de la plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche) qui avait été diagnostiquée en 2015. Il avait opté pour un traitement conservateur, avec cliniquement un bon résultat à ce jour sur le plan fonctionnel (p. 4). Récemment, le recourant avait été gêné par une impression d'enraidissement et de limitation de la mobilité de son genou, ayant

A/2627/2024 - 18/25 - motivé un nouveau bilan auprès du Dr E_____, orthopédiste traitant, qui avait mis en évidence un volumineux kyste poplité (p. 5). Depuis août 2022, le recourant se plaignait de douleurs localisées à la face postérieure du genou (gauche) pour lesquelles le bilan avait révélé un kyste poplité volumineux. Ce dernier était en relation de causalité vraisemblable avec l'arthrose modérée constatée à ce jour. L'usure articulaire avait été provoquée par l'événement de 1999 qui avait nécessité une ligamentoplastie, de même qu'une ablation partielle du ménisque interne, favorisant la survenue de l'arthrose à moyen terme. Le traitement médical du recourant depuis la rechute de 2022 était liée à cette arthrose, déjà présente en 2015, qui avait continué d'évoluer. L'expert a déduit de la déstabilisation déterminante de l'état du genou gauche par l'accident de 1999 et de la

chondropathie de grade IV déjà présente sur l'IRM de 2015 que l'arthrose sur le genou gauche était due de façon exclusive à l'accident de 1999. Le traitement médical à partir du mois d'août 2022 n'était ainsi pas en relation avec l'accident du 28 septembre 2015 (p. 5). Dans son rapport complémentaire du 9 août 2025, l'expert a précisé que les « lésions évoluées sur le cartilage du condyle fémoral interne » mentionnées dans son rapport précédent correspondaient aux « lésions cartilagineuses » évoquées dans ce même rapport. L'IRM de 2015 avait mis en évidence des lésions de chondropathie de grade IV sur le condyle fémoral interne. Il s'agissait là de lésions cartilagineuses évoluées. La chondropathie désignait en effet une affection du cartilage, qui était liée dans le cas présent à son usure. Sur le plan anatomique, le ligament croisé antérieur prenait son insertion sur la face interne du condyle externe du fémur à sa partie postérieure. Le trajet était ensuite dirigé de façon oblique en avant et vers le bas il se terminait au niveau de l'épine tibiale antérieure sur la partie supérieure du tibia. Sur le plan biomécanique, l'usure du compartiment interne (où se situait la chondropathie de stade IV selon le rapport d'IRM de 2015) s'expliquait par le fait que celui-ci recevait plus de charges. Le ménisque interne était un stabilisateur du genou en l'absence du ligament croisé antérieur. Chez le recourant, une ménisectomie partielle avait été réalisée en 2000. De ce fait, le cartilage du compartiment interne avait été davantage sollicité aboutissant à son usure accélérée. Sans ligament croisé antérieur, le tibia devenu instable glissait vers l'avant et subissait plus de rotation en interne, déplaçant la zone de contact naturelle entre le fémur et le tibia et occasionnait une usure localisée par augmentation des pressions sur le cartilage. La chondropathie du compartiment interne était la conséquence de la lésion itérative du transplant du ligament croisé antérieur et non sa cause. L'instabilité chronique témoignait d'une rupture du ligament croisé antérieur, ou pivot central du genou. Le recourant avait bénéficié en 2000 d'une ligamentoplastie du ligament croisé antérieur. L'IRM de 2015 avait montré une absence de continuité de cette plastie. Cette rupture du transplant pouvait avoir été

A/2627/2024 - 19/25 - provoquée par une usure, une hyper sollicitation ou un nouvel épisode d'entorse du genou. Le rapport d'IRM du genou gauche du 3 août 2022 ne mentionnait plus la chondropathie de grade IV relevée dans le rapport d'IRM précédent. Il faisait état d'une chondropathie de grade II du cartilage de recouvrement du compartiment fémoro-tibial interne sans aggravation significative par rapport à 2015. Selon la classification des lésions cartilagineuses sur l'IRM (Outerbridge), les lésions de grade II correspondaient à des fissures superficielles sur moins de 50% de l'épaisseur de la surface cartilagineuse, les lésions de grade III pour plus de 50% et les lésions de grade IV équivalaient à une perte totale de cartilage avec l'os sous chondral exposé. La diminution de gravité de la lésion cartilagineuse du compartiment interne pouvait s'expliquer par la survenue d'un fibrocartilage cicatriciel de réparation cartilagineuse et à des facteurs mécaniques, tels qu'une sollicitation moins importante du genou. En août 2022, un kyste poplité avait été diagnostiqué. Le recourant avait bénéficié d'un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien et physiothérapie. La dégradation cartilagineuse provoquait une irritation de la synoviale entraînant une hypersécrétion de liquide synovial et aboutissant à la formation d'un kyste localisé le plus souvent à la phase postérieure du genou. En définitive, ce kyste était dû à l'instabilité chronique du genou et faisait suite à l'événement initial de 1999. L'IRM était un examen réalisé en position couchée. Il montrait des lésions cartilagineuses mais ne remplaçait pas un examen radiologique standard effectué en position debout et particulièrement l'incidence dite de schuss, utile pour détecter l'arthrose débutante non visible sur le genou en extension. En l'occurrence, la radiographie

du 18 février 2019 mettait en évidence une gonarthrose tri-compartimentale débutante avec un pincement articulaire prédominant dans le compartiment fémoro-tibial interne et en fémoro-patellaire externe avec formation d'ostéophytes. Aucun bilan radiologique standard n'avait été pratiqué en 2015. L'IRM du 7 octobre 2015 révélait une chondropathie avec œdème osseux et cartilage fémoral hétérogène dans son épaisseur et des fissures du cartilage sur le versant interne du genou. Une perte de substance cartilagineuse était également mise en évidence. Ces critères correspondaient à une arthrose débutante, ce que confirmait la radiographie standard de 2019 avec des lésions plus étendues touchant le cartilage du compartiment externe du genou et le compartiment fémoro-patellaire. Il existait un lien direct entre la chondropathie et l'arthrose. La chondropathie consistait en une affection du cartilage articulaire à un stade débutant (comme en 2015) et l'arthrose à un stade plus avancé de cette usure. Dans un rapport complémentaire du 16 décembre 2025, l'expert a rappelé qu'une ligamentoplastie et une ablation du ménisque interne avaient été réalisées en 2020 (recte : 2000). Sur le plan mécanique, l'absence du ménisque interne sollicitait le cartilage du compartiment interne du genou (gauche) malgré la réalisation d'une

A/2627/2024 - 20/25 - plastie en 2000, ce qui avait entraîné une usure du cartilage provoquée par le frottement des surfaces cartilagineuses, car il n'y avait plus d'interposition de ménisque. Les lésions cartilagineuses étaient le résultat de l'évolution progressive de l'instabilité articulaire. Elles ne survenaient pas en quelques jours. C'était le résultat d'un long processus aboutissant à une chondropathie de grade IV qui témoignait d'une instabilité évoluant depuis plusieurs années. Un traumatisme était survenu sur le genou (gauche) fin septembre 2015 et une IRM avait été effectuée le 7 octobre 2015 concluant que la plastie du ligament croisé antérieur n'était plus continue. Il n'était pas mis en évidence de signes de contusion osseuse ni d'épanchements intra-articulaire important, comme cela était le cas dans les entorses graves récentes du genou avec rupture ligamentaire. En revanche, il était mis en évidence une chondropathie de grade IV du compartiment interne avec une perte de substance cartilagineuse sur le fémur. Cette chondropathie de grade IV était un argument pour une lésion ancienne. Le rapport d'IRM du 8 mars (recte : 3 août) 2022 mentionnait une ancienne plastie du ligament croisé antérieur, qui n'était plus reconnaissable. Après rupture ligamentaire, du fait de l'absence de vascularisation, le ligament déchiré pouvait finir par disparaître. Là encore, il s'agissait d'un processus progressif. Cette rupture avait déjà été constatée sur l'IRM de 2015. L'inflammation et la limitation de mobilité du genou avec flessum (dont faisait état le Dr E. _____ dans un rapport du 15 août 2022) étaient la conséquence de la lésion ligamentaire déjà visualisée sur l'IRM de 2015 en raison des nouvelles sollicitations articulaires. Le kyste synovial ou kyste de Baker traduisait une souffrance articulaire. Il pouvait d'ailleurs se vider dans l'articulation, produisant une baisse de son volume mais également un épisode douloureux. Ce volume était donc fluctuant. Selon l'IRM du 3 août 2022, il était volumineux, ce qui pouvait expliquer une partie des douleurs ressenties à l'époque par le recourant. L'instabilité articulaire constatée entre 2015 et 2022 pouvait provoquer une augmentation, pouvant être variable, du volume de ce kyste. Il existait sur l'IRM du 7 octobre 2015 une chondropathie, c'est-à-dire une altération du cartilage, de grade IV du compartiment interne. Il s'agissait d'une perte de cartilage total avec l'os sous-chondral qui était exposé. Il s'agissait bien de lésions arthrosiques. La goniométrie du 18 décembre (recte : février) 2019 relevait un pincement articulaire interne et l'apparition d'ostéophytes péri-rotuliens sur le plateau tibial interne et le condyle fémoral externe. Il existait sur cet examen une extension des lésions arthrosiques au niveau du

compartiment externe avec des ostéophytes. Il s'agissait de constructions osseuses témoignant d'un processus chronique. Ces ostéophytes étaient apparus à ce niveau alors que sur l'IRM de 2015 ils n'étaient pas présents. Une chondropathie fémoro-patellaire était déjà relevée sur l'IRM de 2015 avec perte de substance et confirmée sur la goniométrie de 2019 avec également des ostéophytes.

A/2627/2024 - 21/25 - Le bilan de l'événement de 2015 avait mis en évidence des lésions cartilagineuses sévères préexistantes, au degré de la vraisemblance prépondérante. Elles évoluaient pour leur propre compte vers une dégradation progressive et inéluctable de l'articulation. 4.2.2 La chambre de céans observe que le rapport d'expertise du 11 mars 2023 se fonde sur l'anamnèse et le résumé des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie (p. 1-2 et 4), sur les indications subjectives du recourant (p. 2- 3), sur des observations cliniques (p. 3), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 4-5 et les deux rapports complémentaires). Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En définitive, il ressort des explications circonstanciées de l'expert que la péjoration de l'état du genou gauche, depuis l'accident de 1999, qui n'est pas à la charge de l'intimée, a été progressive au vu des imageries de 2015, 2019 et 2022. Cette dégradation du genou gauche, à la suite de la ligamentoplastie et de l'ablation partielle du ménisque interne consécutivement à cet accident, est liée à une instabilité articulaire chronique, ayant, au cours d'un long processus s'étendant sur plusieurs années, entraîné des lésions cartilagineuses importantes, correspondant à la chondropathie de grade IV mise en évidence sur l'IRM du genou gauche de 2015, réalisée après l'événement du 28 septembre 2015, ici assuré. Cette IRM a également révélé une lésion itérative du transplant du ligament croisé antérieur, qui constitue une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA. Cette lésion itérative n'était toutefois pas apparue lors de l'événement de septembre 2015. En effet, la gravité de cette chondropathie, ainsi que l'absence de signes de contusion osseuse ou d'épanchements intra-articulaire important sur cette IRM (rapport complémentaire du 16 décembre 2025), de même que l'absence d'œdème des plateaux tibiaux par « contrecoup » sur cette même IRM (rapport d'expertise du 11 mars 2023) plaident en faveur d'une lésion itérative ancienne, c'est-à-dire préexistante à l'événement de septembre 2015. En conséquence, cette lésion itérative ne peut pas être rattachée à l'événement de septembre 2015. Depuis août 2022, date à laquelle le recourant a annoncé une rechute – objet de la présente procédure – il ressort de l'expertise que le bilan réalisé a mis en évidence un kyste poplité volumineux au genou gauche, qui a été provoqué par la dégradation cartilagineuse. Ce kyste est en relation de causalité vraisemblable avec l'arthrose modérée de ce genou constatée au jour de l'expertise. Cette arthrose est due à l'accident de 1999, qui a nécessité la ligamentoplastie et l'ablation partielle du ménisque interne, lesquelles favorisent la survenue de l'arthrose à moyen terme.

A/2627/2024 - 22/25 - Ces éléments médicaux ne permettent donc pas d'objectiver une causalité entre les troubles annoncés à titre de rechute en août 2022 et l'événement de septembre 2015. 4.3 Reste à examiner si les avis des médecins traitants sont susceptibles de mettre en doute le bien-fondé du rapport d'expertise. Dans un rapport du 29 septembre 2023, le Dr E_____ indique que le lien de cause à effet entre l'événement du 28 septembre 2015 et la rupture de la plastie est possible uniquement, ce qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement. Cet orthopédiste souligne que les lésions dégénératives n'ont pas pu survenir entre le 28 septembre et le 7 octobre 2015 (date de

l'IRM du genou gauche). Il ajoute que le kyste poplité est en relation de causalité certaine avec l'arthrose modérée du recourant. Il suit donc en cela l'appréciation de l'expert. En revanche, il considère que l'événement de 1999 n'est pas à l'origine des lésions dégénératives, car celui-ci a été traité avec succès, permettant une reprise des activités sportives à haut niveau. Or, il ne se prononce nullement sur le fait que la ligamentoplastie et l'ablation partielle du ménisque interne, effectuées à la suite de l'événement de 1999, favorisent l'usure articulaire. Quant au Dr B _____, il mentionne tout d'abord dans un rapport du

E. 13

août 2024 que, après des interventions chirurgicales sur le genou, des lésions dégénératives apparaissent, qui sont liées au traumatisme physique et opératoire. Là, il ne précise pas si ces lésions dégénératives sont consécutives aux opérations réalisées à la suite de l'accident de 1999. Ensuite, aux deux questions de savoir si les lésions actuelles au genou gauche peuvent avoir un lien avec l'événement de 1999 ou avec l'événement de 2015, il se contente de répondre dans les deux cas « plus que vraisemblable » sans fournir la moindre explication, ce qui ne suffit pas pour discréditer les conclusions motivées de l'expert. Force est de constater que ces rapports ne contiennent pas le moindre élément susceptible de remettre en question le bien-fondé des conclusions motivées de l'expert, étant relevé que l'absence d'établissement d'arrêt de travail par les médecins traitants n'est pas un critère déterminant pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical. 4.4 Reste enfin à examiner si les arguments du recourant sont de nature à mettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise. La date de la première intervention au genou gauche, 1999 selon le recourant, 2000 selon la mention faite dans le rapport d'expertise, n'est en soi pas pertinente pour déterminer le lien de causalité entre la rechute annoncée en août 2022 et l'événement survenu en septembre 2015. C'est le lieu de rappeler que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Comme relevé

A/2627/2024 - 23/25 - précédemment, l'expert a répondu par la négative à cette question, en s'appuyant sur les résultats des examens d'imageries au dossier. L'expert a décrit l'événement de septembre 2015 sur la base des informations que lui a fournies le recourant (p. 2). De toute manière, si comme le prétend le recourant, son genou a « lâché », provoquant alors sa chute, cette donnée – absente dans le rapport d'expertise – va dans le sens d'une atteinte préexistante, comme indiqué par l'expert. En effet, dans son avis du 15 janvier 2024, le médecin-conseil de l'intimée souligne que le fait que le genou ait lâché le 28 septembre 2015, provoquant la chute du recourant, est plutôt évocateur d'une instabilité préexistante, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'écarter de l'appréciation de l'expert. Ensuite, c'est sur la base de son examen clinique que l'expert a constaté que le recourant ne présentait pas de boiterie évidente à la marche pieds nus et que la distance entre talon et fesse était de 2 cm (p. 3). Contrairement aux dires du recourant, l'expert a bel et bien indiqué que la mobilité du genou diminuait progressivement depuis 2015 et qu'une première rechute avait été annoncée en 2018 (p. 2). Quoi qu'il en soit, la boiterie ou la claudication légère d'après le recourant, les sensations de gêne à la suite de l'événement de 2015, d'abord temporaires, puis continues selon lui, ou la distance entre talon et fesse ne disent encore rien sur l'origine accidentelle ou pas des troubles existants en août 2022. Aucun avis médical n'atteste que ces éléments démontreraient l'existence du rapport de

causalité avec l'événement de septembre 2015. Du reste, dans ses deux rapports complémentaires d'août et décembre 2025, l'expert a pris le soin de répondre aux interrogations du recourant concernant les constatations médicales et de fournir des explications plus détaillées sur le caractère antérieur des atteintes du genou gauche (rupture itérative du LCA, kyste, arthrose) à l'événement de 2015. Contrairement à ce que paraît croire le recourant, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) se fonde sur des critères médicaux. Il est donc habituel que des experts se prononcent sur la gravité de l'atteinte, et donc de son taux, dont dépend le montant de l'indemnité. En effet, selon la jurisprudence, le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). Autre est la question de savoir si l'atteinte à l'intégrité est en rapport de causalité avec l'événement assuré. Enfin, l'argumentation du recourant selon laquelle il ne présentait pas une atteinte au genou gauche avant l'événement de 2015, au motif qu'il pratiquait des activités sportives importantes sans problème depuis le traitement dont il avait bénéficié en 1999, contient uniquement des éléments d'un raisonnement de type *post hoc ergo*

A/2627/2024 - 24/25 - propter hoc, ce qui ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre l'événement de 2015 et les atteintes invoquées en 2022. 4.5 En conséquence, c'est à bon droit que l'intimée a nié le droit aux prestations pour la rechute annoncée en 2022. Par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il est superflu de mettre en œuvre une expertise judiciaire et de procéder à la comparution personnelle requise par le recourant qui s'est déjà exprimé par écrit. 5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). L'intimée, qui obtient gain de cause, conclut à l'octroi de dépens. Toutefois, étant une organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), et non représentée par un avocat indépendant, elle n'a pas droit à des dépens (ATAS/449/2019 du 20 mai 2019 consid. 12). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/2627/2024 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.