

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q*** (R***), recourant,

et

B. _____ SA, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 LAA ; 11 OLAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, domicilié à Q*** (R***), travaille au taux de 100 % en qualité d'agent professionnel pour le compte de la société D._____ SA depuis le 5 avril 2023. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de B._____ SA (ci-après : [...] ou l'intimée).

Le 29 avril 2024, l'assuré s'est blessé au genou gauche sur son lieu de travail. Il s'est immédiatement rendu au Service des urgences de l'Hôpital de Q***. Le médecin consulté l'a mis au bénéfice d'un arrêt de travail complet jusqu'au 5 mai suivant, en raison de l'entorse subie.

Par formulaire complété le 14 mai 2024, D._____ SA a annoncé l'accident susmentionné à B._____ SA, indiquant que son employé avait trébuché sur de la moquette repliée au cours d'une ronde interne.

L'IRM du genou gauche réalisée le 17 juin 2024 a mis en évidence une fissure radiaire de la corne postérieure du ménisque externe, à l'origine de phénomènes dégénératifs du compartiment externe, avec lésion ostéochondrale essentiellement condylienne postérieure.

L'assuré a été adressé à la Dre F._____, rhumatologue, pour la prise en charge de la gonarthrose affectant son genou gauche, laquelle a procédé à une viscosupplémentation le 1^{er} août 2024 afin de soulager les douleurs, qui survenaient après un long temps de marche et empêchaient la pratique d'une activité sportive.

Le 19 août 2024, l'assuré a ressenti une douleur au genou gauche en s'accroupissant lors d'un exercice réalisé dans le cadre de son activité professionnelle. Il s'est rendu le jour même aux urgences orthopédiques de la Clinique G._____, où il a été examiné par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale. Lors de cette consultation, il a expliqué que depuis l'accident du mois d'avril 2024, il

ressentait régulièrement ce type de douleur. Il a été mis au bénéfice d'un arrêt complet de travail dès cette date. Une IRM et une consultation en orthopédie ont été organisées.

Le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auprès de qui l'assuré a été orienté, a adressé son patient au centre médical N._____ pour la suite de la prise en charge.

Une IRM du genou gauche a été réalisée le 21 août 2024. Dans son rapport du même jour, la Dre M._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une abrasion cartilagineuse étendue du condyle fémoral latéral inférieur de degré IV avec réaction de stress osseux sous-chondral, correspondant à des lésions focales de degré IV au niveau tibial postérieur, une méniscopathie latérale avec déchirure postérieure et une partie adjacente importante du ménisque décentrée, un fragment de cartilage libre dans l'espace intercondylien ainsi qu'un épanchement articulaire.

Par courriel du 16 octobre 2024, la Clinique G._____ a informé B._____SA qu'une intervention chirurgicale était envisagée sur le genou gauche de l'assuré et a requis une garantie de prise en charge.

Répondant le 18 octobre 2024, B._____SA a sollicité des informations complémentaires sur l'intervention prévue. Le même jour, elle a reçu les notes des consultations des 28 août, 11 septembre et 1^{er} octobre 2024 du centre médical N._____. Il en résulte en substance que l'assuré a subi des ruptures des ligaments croisés antérieurs (ci-après : LCA), au genou droit en 2020, puis au genou gauche en 2022, alors qu'il jouait au football. Son genou gauche a été opéré en 2022. Il ne pratiquait plus de sport depuis le premier accident. Le 19 août 2024, il a subi une distorsion du genou gauche ayant engendré de fortes douleurs. Les médecins du centre médical N._____ ont retenu les diagnostics de chondropathie traumatique du condyle latéral, accompagnée d'une rupture du ménisque latéral et d'une insuffisance du LCA. Ils ont proposé un traitement par chirurgie en deux temps. Il convenait tout d'abord de traiter la lésion

traumatique du cartilage du condyle fémoral latéral, sous forme de nano-fracturation. En complément, en raison du tunnel tibial nettement élargi et du mauvais positionnement fémoral avec une greffe très raide (conséquences de l'opération du LCA gauche de 2022), il s'agissait de procéder à l'ablation du ligament insuffisant et de combler les tunnels fémoral et tibial. Entre cinq et six mois après cette première opération, une méniscectomie partielle latérale devait être réalisée ainsi qu'un traitement définitif du LCA.

B. _____ SA a sollicité des informations complémentaires concernant la chirurgie envisagée auprès du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur exerçant au centre médical N. _____. Par courriel du 18 décembre 2024, celui-ci a répondu que l'accident avait entraîné une lésion traumatique du cartilage à la suite d'une grave blessure par rotation du genou gauche, ainsi qu'une rupture du ménisque latéral et une insuffisance du ligament croisé antérieur. Le scanner avait révélé la présence de larges tunnels osseux et un emplacement non idéal du tunnel fémoral après une reconstruction antérieure du ligament croisé. En raison de l'importance de l'instabilité et du diagnostic de lésions du cartilage et du ménisque, il a confirmé qu'une première opération allait être réalisée, consistant en une résection partielle arthroscopique du ménisque latéral, une ablation du greffon du ligament croisé antérieur endommagé, un traitement de la lésion cartilagineuse/nano fracturation du condyle fémoral latéral et un comblement des tunnels tibial et fémoral. Après la cicatrisation du matériel osseux, une seconde opération de stabilisation et révision du ligament croisé antérieur était prévue environ six mois après la première chirurgie.

Dans un rapport du 13 janvier 2025, le Dr E. _____, médecin d'arrondissement de B. _____ SA spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de contusion du genou gauche, de status post-plastie du LCA droit en 2020, de status post-plastie du LCA gauche en 2022 avec malposition des tunnels et instabilité rotatoire, de chondropathie fémoro-tibiale externe de grade IV gauche et de déchirure complexe du ménisque externe gauche. Selon lui,

compte tenu de l'insuffisance de la plastie du LCA (mal placée avec un tunnel fémoral notamment au plafond) et de la chondropathie de grade IV du compartiment externe, la déchirure du ménisque externe constituait une évolution relativement attendue face au genou gauche instable de l'assuré, aucun élément ne prouvant qu'elle serait survenue lors de l'accident du 29 avril 2024. La plastie mal placée avait généré une instabilité rotatoire, laquelle était responsable de l'apparition de lésions dégénératives au niveau du tibia externe. La chirurgie envisagée, prévue en deux temps, venait donc traiter l'échec de l'intervention réalisée en 2022. Le traitement du ménisque externe n'était qu'un épiphénomène très secondaire. En lien avec l'événement du 29 avril 2024, une contusion du genou devait tout au plus être reconnue, avec un *statu quo sine* à trois mois, c'est-à-dire le 29 juillet 2024.

Par courrier du 21 janvier 2025, B. _____ SA a informé la Clinique G. _____ qu'elle ne prendrait pas en charge les frais de la chirurgie prévue.

Par décision du même jour, B. _____ SA, se référant à l'avis du Dr E. _____, a informé l'assuré que la prise en charge des suites de l'accident survenu le 29 avril 2024 se limitait aux frais encourus jusqu'au 29 juillet 2024 inclus. Au-delà de cette date, les plaintes devaient être attribuées à l'échec de l'intervention de la plastie du LCA gauche de 2022.

L'assuré a formé opposition contre cette décision par courrier du 5 février 2025, faisant valoir que l'opération de son ménisque gauche était consécutive à l'accident subi le 29 avril 2024, aggravé par un second accident du 19 août 2024. Il a réclamé la prise en charge des frais encourus au-delà du 29 juillet 2024, c'est-à-dire notamment l'intervention prévue sur son ménisque - à l'exclusion de celle relative au LCA.

Le 17 juillet 2025, l'assuré a complété un questionnaire adressé par B. _____ SA concernant l'événement du 19 août 2024. Il a indiqué que ce jour-là, il suivait un cours de self-défense organisé par son employeur, lorsqu'il avait effectué un faux mouvement avec son genou gauche pendant

la phase d'échauffement, environ trente minutes après le début de la séance. Ce mouvement avait provoqué un craquement audible, suivi d'un gonflement et d'un épanchement articulaire. Il s'était immédiatement rendu dans un centre d'urgences médicales.

Par décision sur opposition du 21 juillet 2025, B. _____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 5 février 2025. En se fondant sur l'appréciation du Dr E. _____, elle a confirmé que l'événement du 29 avril 2024 constituait un accident au sens de loi avec un *statu quo sine* au 29 juillet 2024. En ce qui concernait l'incident du 19 août 2024, il ne pouvait pas être qualifié d'accident au sens de la loi et une prise en charge ne se justifiait pas non plus en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA, dans la mesure où la lésion méniscale était due à l'usure et à une atteinte pathologique. Pour la même raison, les atteintes observées après l'événement du 19 août 2024 ne pouvaient pas être qualifiées de rechute de l'accident survenu en avril 2024.

B. Par acte daté du 4 août 2025, réceptionné le 8 août suivant, A. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant, principalement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge du delà-là du 29 juillet 2024, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il fait valoir qu'une prise en charge plus longue se justifie, dans la mesure où son genou était auparavant asymptotique et que ses médecins traitants ont conclu à des atteintes post-traumatiques. Il se prévaut également de l'application de l'art. 6 al. 2 LAA et estime que le faux mouvement effectué le 19 août 2024 constitue à tout le moins une rechute des suites de l'accident d'avril 2024.

L'intimée a conclu au rejet du recours par réponse du 2 septembre 2025, se fondant sur le nouvel avis du Dr E. _____ du 19 août 2025, dont on extrait en particulier ce qui suit : l'IRM du 21 août 2024 ne montre pas de déchirure de la plastie du LCA, par contre celle-ci est mal placée avec un tunnel fémoral notamment au plafond. Cette IRM révèle également une chondropathie du condyle fémoral externe associée à une

déchirure complexe du ménisque externe. Cliniquement une très importante instabilité rotatoire a été constatée. Les deux événements des 29 avril et 19 août 2024 n'ont pas entraîné de déchirure de la plastie du LCA réalisée en 2022, de sorte qu'ils ne sont pas responsables de l'instabilité. Le ménisque externe présente une déchirure et il y a une atteinte dégénérative du compartiment fémoro-tibial externe sous la forme d'une chondropathie de grade IV. Au vu de l'insuffisance de la plastie de 2022, de la chondropathie de grade IV du compartiment externe, la causalité de la déchirure du ménisque externe était aléatoire. Aucun élément ne prouvait qu'elle était survenue lors de l'accident du 29 avril 2024, et elle constituait finalement une évolution relativement attendue face à ce genou instable. En définitive, il y avait lieu d'admettre que le genou gauche de l'assuré présentait une instabilité en raison de l'insuffisance de la plastie de 2022 mal positionnée, avec le développement d'une chondropathie de grade IV du compartiment fémoro-tibial externe.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité

administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la première décision rendue par l'intimée le 21 janvier 2025 portait exclusivement sur la question de la prise en charge des suites de l'accident du 29 avril 2024. A la suite des objections formulées par le recourant, l'intimée a rendu la décision sur opposition du 21 juillet 2025, qui a trait au droit de l'intéressé à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec l'événement du 29 avril 2024, mais également en ce qui concerne celui du 19 août 2024. C'est bien la décision sur opposition qui détermine l'objet de la contestation, à l'exclusion de la première décision rendue (cf. TF 8C_767/2023 du 30 janvier 2024 consid. 4 et 5). Il s'ensuit que l'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec les deux événements susmentionnés.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, *in* : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2025, n° 28 ad art. 4 LPGA ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, *in* : Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, un événement accidentel doit être nié lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être réfuté si l'atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (TF 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.3 et la référence citée ; 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 3.2 et la référence citée ; Perrenoud, *op. cit.*, n° 30 ad art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 100 pp. 925 ss.). Lors de la pratique habituelle d'un sport, au cours de

laquelle aucun événement particulier ne s'est produit, un faux mouvement ne suffit pas à admettre le caractère accidentel de la lésion subie (TF 8C_186/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.3).

A titre d'exemple, un accident a été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour un assuré qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui s'est blessée à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique (TF 8C_189/2010 du 9 juillet 2010 consid. 5). Il a également été nié dans le cas d'une blessure au genou lors d'une réception normale au sol à la suite d'un saut durant un match de volleyball (TF 8C_909/2012 du 4 février 2013 consid. 4) ou encore dans le cas d'une lésion subie à l'épaule à la suite d'un faux mouvement effectué lors d'une descente en rappel (TF 8C_719/2019 du 5 novembre 2020 consid. 4).

Dans un arrêt du 19 octobre 2012 (cause AA 90/11 - 98/2012), la Cour des assurances sociales a également nié l'existence d'un accident au sens des art. 6 LAA et 4 LPGa dans le cas d'un assuré ayant ressenti des douleurs au niveau du genou lors d'un entraînement de self-défense, à l'occasion duquel, selon ses premières déclarations, l'intéressé n'avait rien ressenti ou remarqué de particulier. Dans un arrêt du 28 octobre 2011 (cause AA 62/10 - 118/2011), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours d'un assuré qui, lors d'un entraînement de boxe thaïlandaise, avait fait un faux mouvement en faisant une clé de jambe au sol et s'était blessé.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que

l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

b) 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. Cependant, 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 ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 citées ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

c) aa) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 affection 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 et les références citées; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

bb) En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

d) Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle. Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesterait plus. Cet examen doit avoir lieu *ex ante* en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connu jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. Ainsi, le Tribunal fédéral a admis l'existence d'une rechute dans un cas où à la suite d'un accident, la personne assurée avait bénéficié de prestations d'assurance-accidents pendant une durée d'un mois environ et s'était manifestée à nouveau auprès de l'assureur plus de deux ans plus tard. En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des « symptômes de pont » [soit des symptômes ou plaintes permettant d'opérer un lien entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé qui survient longtemps après ; cf. TF 4A_328/2018 du 27 août 2019 consid. 5.2.2 concernant les « symptômes de pont »] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (TF 8C_433/2007 précité consid. 2.3 et les références citées).

5. Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. c LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures du ménisque, pour autant que la lésion en cause ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit exir objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

7. En l'occurrence, il est constant que l'événement du 29 avril 2024, lors duquel le recourant a trébuché sur de la moquette repliée durant une ronde interne, constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il a été reconnu comme tel par l'intimée, laquelle a pris en charge le cas.

Demeure en revanche litigieuse la question du lien de causalité entre cet accident et les atteintes au genou gauche ayant persisté au-delà du 29 juillet 2024. Pour nier l'existence de ce lien de causalité, l'intimée s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement. Le recourant fait pour sa part valoir que les atteintes présentées, en particulier la lésion méniscale, n'étaient pas symptomatiques avant l'accident subi et que ses médecins traitants ont conclu à une origine traumatique.

a) Le médecin urgentiste ayant examiné le recourant immédiatement après l'accident du 29 avril 2024 a estimé que celui-ci souffrait d'une entorse au genou. L'imagerie médicale réalisée en juin 2024 a, quant à elle, mis en évidence une lésion méniscale externe (fissure radiaire de la corne postérieure externe) et des phénomènes dégénératifs du compartiment externe avec lésion ostéochondrale essentiellement condylienne postérieure (cf. rapport du 17 juin 2024).

Invité à se prononcer sur le lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 29 avril 2024, le Dr E. _____ a indiqué que la plastie du LCA réalisée en 2022 avait été mal positionnée, avec notamment un tunnel fémoral au plafond. Selon lui, ce mauvais positionnement, qui a également été constaté par les médecins traitants du recourant, expliquait l'instabilité du genou gauche, laquelle avait engendré l'apparition de lésions dégénératives ostéochondrales condyliennes. La déchirure du ménisque constituait également une évolution relativement attendue face à ce genou instable. A l'inverse, aucun élément médical au dossier ne permettait d'admettre qu'elle aurait trouvé son origine dans l'événement accidentel d'avril 2024. En particulier, il n'y avait pas lieu d'admettre que l'instabilité du genou avait pu être causée par cet événement accidentel, dans la mesure où celui-ci n'avait entraîné aucune déchirure du LCA. Le Dr E. _____ en a conclu que l'accident avait tout au plus engendré une

contusion du genou gauche, le *statu quo sine* ayant été atteint le 29 juillet 2024.

Le médecin d'arrondissement de l'intimée a ainsi dûment analysé l'étiologie des atteintes présentées par le recourant, qui, en l'absence de lésions structurelles, n'avaient pas pu être causées par l'accident du mois d'avril 2024, mais trouvaient leur origine dans la plastie du LCA gauche réalisée en 2022, mal exécutée. Cette appréciation, claire, motivée et convaincante, n'est contredite par aucun autre élément médical au dossier.

En particulier, l'utilisation du terme « post-traumatique » par les médecins traitants du recourant pour désigner les atteintes diagnostiquées (cf. notes de consultations des 28 août, 11 septembre et 1^{er} octobre 2024 ; rapport du Dr P. _____ du 18 décembre 2024) ne remet pas en cause les conclusions du Dr E. _____. En effet, le recours à ce terme dans le langage médical n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en lien de causalité avec un traumatisme. Cette expression est souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner à ce terme (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, les médecins traitants du recourant n'ont pas précisé s'ils faisaient état, par cette formulation, d'un rapport de causalité avec l'accident ou si elle indiquait simplement que les atteintes étaient apparues postérieurement à l'accident. Ils n'ont pour le surplus pas expliqué pour quelle(s) raison(s) une origine traumatique devrait avoir la préférence sur une origine pathologique, contrairement au médecin d'arrondissement. Dans ces conditions, il sied de considérer que les atteintes méniscale et condylienne ont été révélées postérieurement à l'accident du 29 avril 2024 et que c'est en cela qu'elles sont post-traumatiques, sur le plan temporel et non causal. On soulignera par ailleurs que les atteintes dégénératives visibles sur les imageries médicales étaient à un stade avancé, ce qui confirme qu'elles étaient préexistantes à l'événement d'avril 2024.

Le recourant se prévaut du fait qu'il n'avait auparavant pas ressenti de douleurs au genou gauche. Or, il s'agit d'un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* qui ne fonde pas de lien de causalité selon la jurisprudence fédérale constante (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2).

Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr E. _____ ne prête pas le flanc à la critique. Il y a dès lors lieu de se rallier à son avis et de retenir que l'accident du 29 avril 2024 a uniquement causé une contusion, avec un *statu quo sine* au 29 juillet 2024, compte tenu du caractère bénin d'une telle blessure. L'intimée était par conséquent fondée à mettre fin à ses prestations en lien avec l'événement d'avril 2024 dès cette date.

b) aa) Le recourant a été victime d'un second incident le 19 août 2024. Il a ressenti une douleur au genou gauche après avoir fait un faux mouvement en s'accroupissant à l'occasion d'un cours de self-défense organisé par son employeur. Invité à décrire l'événement, l'intéressé a précisé, dans le questionnaire de l'OAI complété le 17 juillet 2025, que le faux mouvement était intervenu lors de la phase d'échauffement du cours, l'activité s'étant déroulée dans des conditions normales. A la question de savoir s'il s'était produit quelque chose de particulier, tels qu'un coup, une chute ou une glissade, il a répondu « faux mouvement ».

Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant a fait un faux mouvement alors qu'il s'accroupissait, sans qu'aucun facteur extraordinaire n'intervienne. Dans ces conditions, la présence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être niée, de sorte que l'événement du 19 août 2024 n'est pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et qu'il ne saurait être pris en charge par l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

bb) Une prise en charge de la lésion méniscale en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA ne se justifie pas non plus. Dans la mesure où celle-ci était déjà visible sur l'IRM du mois de juin 2024, il est en effet exclu qu'elle ait pu être causée par l'événement du 19 août 2024. Comme exposé ci-avant, le Dr

E. _____ a au demeurant dûment expliqué pour quelles raisons il y avait lieu d'admettre qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative préexistante, en lien avec la plastie du LCA réalisée en 2022 (cf. *supra* consid. 7a).

cc) Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, les atteintes constatées à la suite du faux mouvement réalisé le 19 août 2024 ne sauraient être considérées comme une rechute. Comme exposé ci-avant, l'accident du 29 avril 2024 a tout au plus entraîné une contusion et décompensé un état maladif préexistant, c'est-à-dire des lésions méniscale et condylienne, pendant une durée de trois mois (cf. *supra* consid. 7a). Ainsi, aucun lien de causalité ne peut être admis entre ces atteintes et l'accident du 29 avril 2024 au-delà du 29 juillet 2024.

c) En définitive, l'intimée a considéré, à juste titre, que l'accident du 29 avril 2024 avait cessé de déployer ses effets le 29 juillet 2024 et que l'incident du 19 août 2024 ne justifiait pas une prise en charge par l'assurance-accidents, que ce soit à l'aune de l'art. 6 al. 1, 6 al. 2 LAA ou 11 OLAA.

8. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, sans qu'il n'apparaisse nécessaire de recourir à une expertise, comme le requiert le recourant. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2025 par B._____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- A._____,
- B._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :