RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1659/2023 **ATAS/985/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant

représenté par FORTUNA ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE, mandataire

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1986, est employé auprès du centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) en qualité de médecin radiologue.

b. Lors d'une descente à ski, en date du 12 janvier 2021, l'assuré a ressenti un blocage et des douleurs au genou droit.

c. En date du 5 novembre 2021, une arthro-CT du genou droit de l'assuré a été effectuée au CHUV. Le docteur B_____, radiologue, a rédigé un rapport daté du 9 novembre 2021 mentionnant, comme indication, des épisodes de blocage douloureux du genou droit, en regard de l'interligne articulaire fémoro-tibial médial. Les conclusions mentionnaient une absence de déchirure méniscale ou de corps étranger intra articulaire et l'image suspecte de déchirure de la corne postérieure du ménisque médial, visible sur l'IRM du 21 septembre 2021, qui n'était pas retrouvée ce jour.

d. Suite à la consultation du 7 décembre 2021, le docteur C_____, médecin adjoint au CHUV, a rédigé un rapport daté du 4 janvier 2022 dont il ressortait que la symptomatologie était évocatrice d'une atteinte méniscale interne, mais cette dernière ne ressortait pas sur l'arthro-CT récente, ni sur l'IRM réalisée au préalable. Il était suggéré d'attendre, avec une reprise progressive des activités sportives et une nouvelle imagerie le 20 janvier 2022. Le cas échéant, si l'imagerie se révélait à nouveau négative, la possibilité d'une arthroscopie à visée diagnostique serait discutée.

e. Dans son rapport du 9 février 2022, le Dr B_____, faisant suite à une IRM du genou droit de l'assuré, a mentionné une rupture complexe de la corne postérieure du ménisque médial, globalement stable bien que mieux visible par rapport à la précédente IRM, ainsi qu'une chondropathie de grade III focale du condyle fémoral médial et du versant médial de la patella.

f. Suite à la consultation du 14 juillet 2022, la docteure D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecine du sport, spécialiste du genou au sein de la Clinique F_____, à Genève, a rédigé un rapport daté du même jour, dans lequel elle a posé le diagnostic de déchirure ménisco-capsulaire du ménisque interne du genou droit instable et a préconisé de procéder à une suture du ménisque interne du genou droit, par arthroscopie.

g. En date du 18 août 2022, elle a adressé une demande de garantie de prise en charge de la suture du ménisque par arthroscopie à l'assurance de l'employeur de l'assuré pour les accidents professionnels et non professionnels, GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : GMA ou l'intimée).

h. En date du 19 août 2022, le CHUV a transmis à son assurance GMA une déclaration de sinistre faisant état de l'événement survenu le 12 janvier 2020 (*recte* : le 12 janvier 2021).

i. GMA a demandé à l'assuré de lui transmettre des renseignements complémentaires, que ce dernier a fait suivre, par questionnaire du 15 septembre 2022, transmis par e-mail du 16 septembre 2022.

j. L'arthroscopie s'est déroulée en date du 16 septembre 2022 et a donné lieu à un compte rendu opératoire du même jour, signé par la Dre D_____, qui a diagnostiqué une déchirure du ménisque interne du genou droit, longitudinale instable, opérée par arthroscopie, en mentionnant qu'il n'y avait pas de chondropathie. Par lettre de sortie du 18 septembre 2022, la Dre D_____ a confirmé le retour au domicile de l'assuré et a mentionné des suites postopératoires marquées par des douleurs importantes ainsi que le début d'une physiothérapie.

k. GMA a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a rendu un court rapport, daté du 25 octobre 2022, dans lequel il a noté que la lésion méniscale entrait dans le cadre d'une lésion assimilée à un accident mais qu'elle était due, de manière prépondérante, à l'usure ou à une maladie. Il concluait à un contexte dégénératif (pré arthrose ou arthrose débutante interne, avec méniscopathie associée), manifestement prépondérant au moment du premier bilan (automne 2021) « arthropathie qui progressait, suivant son histoire naturelle ».

B. **a.** Par décision du 1er novembre 2022, GMA a considéré qu'en l'absence d'une cause extérieure extraordinaire, l'événement du 12 janvier 2021 ne correspondait pas à la notion d'accident et que les lésions étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Dès lors, aucune prestation ne pouvait être versée par l'assurance-accidents.

b. Par courrier de son mandataire du 1er décembre 2022, l'assuré a formé opposition contre la décision du 1er novembre 2022, mentionnant qu'il s'agissait d'un contexte accidentel et non pas dégénératif et qu'il appartenait à GMA de prendre en charge les coûts de l'opération subie le 16 septembre 2022. L'assuré concluait ainsi à l'annulation de la décision du 1er novembre 2022 et à la prise en charge de son opération et de ses suites.

c. Dans un rapport du 26 février 2023, la Dre D_____ a rédigé une anamnèse de l'assuré, a mentionné ses plaintes subjectives, a fait mention des constatations objectives, notamment lors de l'examen clinique du 14 juillet 2022. Elle a estimé que l'état somatique de l'assuré était une conséquence de cet accident, de façon certaine à 100%, et qu'il n'y avait pas eu de décompensation d'un état antérieur lors de l'événement du 12 janvier 2021 ; l'assuré était jeune et en bonne santé, il n'avait jamais eu de problème articulaire, en particulier, il n'avait jamais eu de problème à son genou droit, avant cet accident de ski. Il avait été opéré par

arthroscopie, le 16 septembre 2022 et lors de l'opération, la Dre D_____ avait pu constater que son ménisque était de bonne qualité (à l'opposé d'un ménisque dégénératif qui a un aspect effiloché), et que la déchirure méniscale était très nette. Elle a conclu en soulignant que l'assuré était un patient de bonne foi, motivé pour guérir, compliant et consciencieux dans sa rééducation. Ledit rapport a été transmis à GMA, par courrier du 27 février 2023.

d. Le médecin-conseil E_____ a pris connaissance du rapport de la Dre D_____ et s'est prononcé dans un rapport du 27 mars 2023 en insistant sur le fait que les stigmates en faveur d'une pré-arthrose interne avaient été appréciés lors du premier examen radiologique et que la certitude à 100% de la Dre D_____ du lien de causalité entre ces déchirures méniscales et l'accident ne pouvait pas exister « dans notre métier ». Il concluait que les arguments du médecin traitant, pour certains imprécis, ne modifiaient en rien ses précédentes conclusions du 25 octobre 2022.

e. Se fondant sur le rapport de son médecin-conseil, GMA a confirmé, par décision sur opposition du 3 avril 2023, la décision du 1er novembre 2022 et a considéré que le rapport de son médecin-conseil remplissait toutes les conditions nécessaires à ce qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu de s'en écarter. L'opposition du 1er décembre 2022 était ainsi rejetée.

C. **a.** Par acte de son mandataire, posté en date du 16 mai 2023, l'assuré a interjeté recours, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), contre la décision sur opposition du 3 avril 2023, concluant à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à prester, notamment en prenant en charge l'opération ainsi que ses suites. Le recourant reprenait, en substance, l'argumentation déjà développée au stade de l'opposition et mentionnait que l'intimée s'était contentée de se baser sur le seul avis médical de son médecin-conseil pour prendre sa décision et n'avait rien entrepris de plus au niveau médical alors qu'elle devait ordonner la réalisation d'un examen ou d'une expertise à ses frais, à titre de mesure diagnostique.

b. Par réponse du 12 juillet 2023, GMA a conclu au rejet du recours, reprenant en substance l'argumentation déjà soutenue dans ses décisions et ajoutant que les avis des médecins traitants de l'assuré contenaient des erreurs sur les faits qui faussaient leurs analyses et leurs conclusions, raison pour laquelle ils devaient être écartés, alors que rien ne permettait de mettre en doute les conclusions des rapports du médecin-conseil.

c. Par réplique du 14 septembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions tout en joignant, en annexe, un nouveau rapport rédigé par le Dr C_____ daté du 13 septembre 2023, suite à la consultation d'orthopédie du 26 octobre 2021, mentionnant notamment que l'IRM réalisée le 21 septembre 2021 révélait une

modification du signal autour de la corne postérieure du ménisque interne qui pouvait être compatible avec une déchirure partielle en surface articulaire tibiale.

d. Par duplique du 29 septembre 2023, GMA a considéré qu'on ne pouvait pas accepter des modifications de protocole de consultation plus de deux ans après, dans le cadre d'une procédure judiciaire, ajoutant que le Dr C_____ avait protocolé l'apparition, depuis fin 2020, d'une symptomatologie de claquements douloureux. Selon l'intimée, on ne pouvait pas tenir compte de cette nouvelle argumentation et la modification du protocole de consultation du Dr C_____ du 26 octobre 2021 n'était pas crédible. Il convenait, dès lors, de retenir les premières déclarations protocolées par le médecin, ainsi que les premières descriptions de l'assuré.

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

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

4. Le délai de recours est de 30 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.

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 12 janvier 2021 peut être qualifié d'accident ou être assimilé à un accident et si les troubles du genou droit sont en rapport de causalité avec l'événement.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie

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

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

6.3 Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un « mouvement non coordonné ». Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent, nié le

facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C_24/2022 du 20 septembre 2022, *in* SVR 2023 UV n° 13 p. 40).

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

7.

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

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

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

apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

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

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

apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires.

8.

8.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

8.2 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 LPGA), 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8.3 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

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

8.4 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.5 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 (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 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).

8.6 On ajoutera qu'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 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).

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

10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie

adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, le recourant soutient que la lésion de son genou droit doit être considérée comme une lésion assimilable à un accident, intervenue lors de sa descente à ski du 12 janvier 2021, ce qui entraîne l'obligation de l'intimée de prester, notamment en ce qui concerne la prise en charge des frais de l'opération du 16 septembre 2022 et de ses suites.

L'intimée, quant à elle, soutient que la lésion du genou droit est due à des troubles dégénératifs qui, selon son médecin-conseil, seraient notamment visibles dans l'IRM du 8 février 2022 et ressortiraient également de la description de la formation ostéophytaire faite par le Dr C_____, dans son rapport médical du 12 novembre 2021.

13.1 Il convient tout d'abord de confirmer que, selon les déclarations de l'assuré, il n'y a pas eu de chute ou d'événement extraordinaire, lors de la descente à ski du 12 janvier 2021.

En dépit de l'absence de tout facteur extérieur, il faut néanmoins admettre que la déchirure du ménisque est une lésion assimilée à un accident selon l'art. 6 al. 2 let. c LAA et ce pour autant que la lésion en question ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

La présomption d'une lésion assimilable à un accident peut être renversée par GMA, qui refuse de prester et qui a le fardeau de la preuve.

Il appartient donc à l'intimée de démontrer que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, ce qui signifie que les probabilités d'une telle hypothèse doivent être supérieures à 50%.

13.2 Comme vu *supra* (ch. 7) dans une telle situation, l'intimée doit, dans le cadre de son devoir d'instruction, clarifier les circonstances exactes du sinistre ; elle est généralement responsable d'une lésion assimilée à un accident sauf si elle peut prouver que cette dernière est principalement due à une usure ou une maladie. Pour ce faire, elle doit examiner les différents indices, qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie et les pondérer d'un point de vue médical. Si la palette des causes de la lésion ne se compose pas uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, elle se doit d'apporter des clarifications supplémentaires afin d'être en mesure d'établir, après avoir examiné tous les facteurs en cause, que l'usure et la maladie représentent, à plus de 50% de l'ensemble de ces facteurs, la raison prépondérante de la lésion.

GMA s'est uniquement fondée sur l'analyse et les conclusions de son médecin-conseil pour aboutir à cette conclusion. Il sied donc de vérifier si le médecin-conseil a examiné l'ensemble des facteurs en cause, tout en apportant les clarifications nécessaires.

13.3 On observera que le rapport du médecin conseil de GMA, daté du 25 octobre 2022, est à tout le moins lapidaire (moins d'une page), dès lors qu'il ne mentionne même pas le compte rendu de l'opération par arthroscopie du 16 septembre 2022 qui constate la déchirure du ménisque interne du genou droit. Le médecin-conseil ne semble retenir que les éléments allant dans le sens d'une atteinte dégénérative, sans examiner ou discuter les autres éléments qui pourraient infirmer cette conclusion.

Dans son deuxième rapport du 27 mars 2023, plus complet, le médecin-conseil ne mentionne toujours pas le compte rendu de l'opération par arthroscopie du 16 septembre 2022 et se contente de rejeter les conclusions de la Dre D_____. Amené à se prononcer sur l'IRM du genou du 21 septembre 2021, il se réfère à son appréciation du 25 octobre 2022, laquelle repose elle-même sur l'appréciation du Dr C_____, selon son rapport du 26 octobre 2021 (*recte* : rapport du 12 novembre 2021 suite à la consultation du 26 octobre 2021). En d'autres termes, le médecin-

conseil n'a pas analysé lui-même directement l'IRM du 21 septembre 2021, alors même qu'il en tire les conclusions qu'il existe un état de pré-arthrose interne du genou.

Il cite, en bas de la page 2 de son rapport, le rapport médical du 12 novembre 2021 du Dr C_____, pour faire mention de l'existence d'une formation ostéophytaire du plateau tibial, ce qui va dans le sens d'une lésion dégénérative, tout en omettant de signaler que, selon le Dr C_____, l'analyse des images de l'IRM du 21 septembre 2021 révèle une modification de signal autour de la corne postérieure du ménisque interne qui pourrait être compatible avec une déchirure partielle en surface articulaire tibiale, ce qui pourrait aller dans le sens d'une lésion traumatique. L'analyse du médecin-conseil est partielle et il ne se livre pas à un examen de l'ensemble des indices qui militeraient, soit en faveur d'une lésion traumatique, soit en faveur d'une lésion dégénérative, pour ensuite pondérer ses conclusions et exposer pour quelles raisons il retient celles-là, plutôt que celles-ci.

Enfin, la conclusion du rapport du Dr C_____ n'est pas mentionnée, alors même que ce dernier juge nécessaire de faire un complément d'imagerie afin d'avoir des clarifications sur le plan diagnostic et de « clarifier les lésions », ce qui démontre qu'au moment de la rédaction du rapport médical du 12 novembre 2021, la nature des lésions n'est pas encore claire et que l'on ne saurait en tirer la conclusion, comme semble le faire le médecin-conseil, qu'il s'agit de lésions de nature dégénérative.

13.4 La Dre D_____, dans son rapport du 26 février 2023 conclut clairement à une lésion - soit à une déchirure nette, comme cela a été constaté lors de l'arthroscopie - de nature traumatique.

Le docteur G_____, chef de clinique adjoint en chirurgie orthopédique et traumatologie auprès du centre orthopédique H_____, considère, dans sa lettre de consultation du 28 avril 2023, que selon les données de l'anamnèse et des documents d'imagerie dont il dispose, la lésion méniscale objectivée par les IRM est très probablement reliée à l'accident du 12 janvier 2021 et que l'origine dégénérative de cette lésion est nettement moins probable.

Il en est de même du docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie et médecin spécialiste en médecine du sport, qui dans sa lettre de consultation du 28 avril 2023, après lecture des IRM, considère qu'au vu de l'évolution de la lésion méniscale entre les IRM et au vu de son expérience, un traumatisme lors d'une descente à ski peut être à l'origine de la lésion méniscale observée. Il ajoute que le caractère rapidement évolutif et la symptomatologie ressentie soutiennent l'hypothèse diagnostique d'une fissure méniscale, apparue lors de cette pratique du ski puis s'accentuant au fur et à mesure.

13.5 Enfin, il sied d'examiner les remarques faites par GMA au niveau de sa duplique quant à une modification de protocole de consultation plus de deux ans après et aux réponses données par l'assuré. Pour les modifications apportées par le

Dr C_____, dans sa seconde version du rapport de la consultation d'orthopédie du 26 octobre 2021, la chambre de céans considère, comme l'intimée, qu'on ne peut tenir compte de ces modifications et qu'il faut se fonder sur la première version du rapport de consultation.

En ce qui concerne les déclarations de l'assuré, la chambre de céans, après avoir examiné l'ensemble des documents, considère qu'il est établi que l'assuré s'est trompé dans la date de l'événement, indiquant dans le questionnaire la date du 12 janvier 2020 alors qu'il s'agissait du 12 janvier 2021.

Partant, il est difficile de déterminer si les premières douleurs dont l'assuré fait état dans le questionnaire sont apparues entre la fin de l'année 2019 et le mois de janvier 2020, ou la fin de l'année 2020 et le mois de janvier 2021. Ce point n'est toutefois pas déterminant, dès lors que même si, par hypothèse, l'assuré avait pu ressentir des douleurs avant le 12 janvier 2021, cela ne signifie pas pour autant que l'origine maladive ou dégénérative des suites de l'événement du 12 janvier 2021 sont établies de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50%.

13.6 À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de se déterminer sur l'origine traumatique ou dégénérative des lésions du genou droit du recourant.

Ce nonobstant, elle constate que l'intimée n'est pas parvenue à démontrer, à un degré de probabilité supérieur à 50%, que les lésions du genou droit étaient de nature maladive ou dégénérative.

L'instruction effectuée par l'intimée est clairement insuffisante, celle-ci se fondant uniquement sur les rapports de son médecin-conseil, alors même que ce dernier n'a pas mentionné un certain nombre d'éléments présents dans les rapports médicaux, qui pencheraient en faveur d'une origine traumatique des lésions du genou droit de l'assuré et que ses conclusions sont contestées par trois médecins différents, tous spécialistes dans le domaine concerné.

14. Compte tenu des lacunes de l'instruction, la chambre de céans n'a d'autre choix que de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle fasse réaliser une expertise en matière orthopédique, par un expert indépendant, qui devra statuer sur l'origine des lésions du genou droit du recourant et estimer si elles sont de nature traumatique ou si, selon une probabilité supérieure à 50%, elles sont de nature dégénérative ou maladive.

15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 3 avril 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée, pour instruction complémentaire et mise en place d'une expertise, au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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