RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/205/2021 **ATAS/1003/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENEVE recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sis Case postale 839, LAUSANNE intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1988, travaille pour B_____ SA en tant que Senior Trader depuis le 1er juin 2018 et est assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA) auprès de Helsana accidents SA (ci-après : l'assurance).

2. Le 13 août 2019, l'assuré a été victime d'un accident ; il s'est tordu le genou gauche lors d'un cours de Jiu Jitsu.

3. L'accident a été annoncé à l'assurance le 15 août 2019, une IRM des deux genoux a été effectuée le 19 août 2019 et le Docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, a attesté d'un trauma en valgus au genou gauche nécessitant une réparation part arthroscopie du genou gauche.

4. Le 16 octobre 2019, l'assurance a provisoirement refusé de garantir la prise en charge des coûts d'une hospitalisation (arthroscopie du genou).

5. Le 21 octobre 2019, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin-conseil de l'assurance, a attesté d'un diagnostic d'entorse stade (sic) du ligament latéral interne (LLI) en voie de guérison à gauche et une chondropathie F-P bilatérale ainsi qu'une séquelle d'Osgood Schlatter à droite. Il existait une lésion répertoriée selon l'art. 6 al. 2 LAA, soit une lésion ligamentaire gauche qui n'était pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Il y avait un état antérieur, soit une chondropathie F-P des deux côtés et l'accident avait entrainé une aggravation passagère ; le statu quo ante ou sine était atteint selon le rapport médical du Dr E_____. Il n'y avait pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique.

6. Le 29 octobre 2019, le docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, a attesté d'une entorse du ligament collatéral médial (LCM) au genou gauche nécessitant un traitement conservateur ; sur son avis, l'assuré renonçait à l'intervention chirurgicale.

7. Le 20 janvier 2020, le docteur F_____, FMH médecine physique et réadaptation, a attesté d'une fracture chondrale de la rotule gauche, avec des douleurs dans les escaliers et à la charge nécessitant de la physiothérapie.

8. Les 23 et 26 juin 2020, l'assuré a informé l'assurance qu'il était toujours en traitement pour le genou gauche, avec de la physiothérapie et qu'une IRM était prévue le 27 juillet 2020 et un suivi par le Dr F_____.

9. Le 27 juillet 2020, une IRM du genou gauche a été pratiquée et le 20 août 2020, le Dr F_____ a attesté d'une évolution favorable pour les activités de la vie quotidienne, avec de l'auto-rééducation et un risque de séquelle d'arthrose.

10. Le 25 août 2020, le Dr D_____ a indiqué que la seule lésion traumatique était une entorse mineure sans déchirure significative du LCM, comme mentionné par le Dr E_____, contrairement à l'avis du Dr F_____, il n'y avait jamais eu de fracture

chondrale patellaire gauche mais un état antérieur d'arthrose relativement marquée fémoro-patellaire à gauche et débutante à droite ; le statu quo sine était atteint au plus tard au 20 janvier 2020 (date du rapport médical du Dr F_____ qui ne parlait plus de l'entorse mais du problème fémoro-patellaire, qui n'était pas une fracture chondrale). La fracture chondrale n'était pas une lésion selon l'art. 6 al. 2 LAA.

11. Le 17 septembre 2020, l'assuré a informé l'assurance qu'il continuait son traitement de physiothérapie, ayant des douleurs.

12. Par décision du 6 octobre 2020, l'assurance a informé l'assuré que son droit aux prestations s'éteignait le 20 janvier 2020, au motif que le lien de causalité n'était plus donné, le rapport du 20 janvier 2020 relevant uniquement un problème fémoro-patellaire, affection purement maladive.

13. Le 22 octobre 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il avait, par le biais d'un traitement conservateur, évité une opération couteuse ; il demandait la continuation de la prise en charge des suivis, ce d'autant qu'il présentait toujours des douleurs à la marche, notamment dans les escaliers et qu'il ne pouvait ni courir ni pratiquer les sports qu'il faisait avant ; il n'avait jamais eu de douleurs à cet endroit avant son accident.

14. Par décision du 11 décembre 2020, l'assurance a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré n'avait été victime, selon le Dr D_____, que d'une entorse mineure sans déchirure significative du LCM ; un état antérieur avait été révélé par l'évènement ; les troubles postérieurs étaient causés de manière prépondérante par l'usure, vu l'arthrose déjà marquée au niveau fémoro-patellaire. Ainsi, même si on se trouvait en présence d'une lésion assimilée, la relation de causalité serait interrompue pour cause d'atteinte dégénérative préalable révélée, mais non pas causée, par l'accident. En effet, une telle lésion serait due de manière prépondérante par l'usure dans cette hypothèse. Par ailleurs, par rapport au nouveau diagnostic établi par le Dr F_____ en janvier 2020 pour l'évènement du 13 août 2019, l'appréciation de la causalité devait être d'autant plus stricte que le nouveau diagnostic survenait longtemps après l'évènement assuré. Du reste, le seul fait que des symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance d'un accident pouvait constituer un indice, mais ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident, ce d'autant plus quand il existait un temps de latence entre les soins et l'événement.

15. Le 19 janvier 2021, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée. Il a relevé que suite à son accident, il avait vu en premier le Dr C_____ que lui avait prescrit une IRM et de porter une attelle pendant six semaines à cause de la douleur. Après six semaines et une seconde consultation, le Dr C_____ lui avait demandé de se faire opérer du cartilage car la cavité de la fissure de cartilage allait jusqu'à l'os, d'où sa douleur. Il avait demandé un second avis et le Dr E_____ lui avait conseillé de ne pas se faire opérer mais de muscler sa jambe au maximum et de faire de la physiothérapie, tout

en étant suivi par le Dr F_____. Il avait donc annulé l'opération qui devait se faire à la Clinique des Vergers.

Le refus de prise en charge de l'assurance au-delà du 20 janvier 2020 était hâtif, injuste et infondé. Il avait bien une fissure du cartilage qui entrainait une douleur sous la rotule, jamais ressentie auparavant. Il pratiquait le sport depuis son plus jeune âge, golf à très haut niveau amateur, de la musculation, de la course à pieds, de l'alpinisme et de l'escalade. Il pratiquait par exemple souvent la course à pieds le midi avec ses collègues. Aujourd'hui, à cause de son accident et cette fissure dans le cartilage avec œdème osseux qu'il avait à son genou gauche, il ne pouvait toujours pas courir ou par exemple faire un squat (sic). Sa condition était en train de s'améliorer car il suivait les conseils du Dr F_____ (perte de poids pour avoir moins de poids sur le genou et pratique du vélo pour muscler sa jambe ainsi que de la physiothérapie). Son genou allait de mieux en mieux et il espérait reprendre une activité normale d'ici quelques mois. En 2020, il avait donc suivi des sessions de physiothérapies, il avait passé des IRM et revu le Dr F_____. Ces frais n'avaient pas été pris en charge par l'assurance et c'était pour cela qu'il faisait recours. Il n'avait jamais eu mal au genou gauche auparavant et d'après ses progrès actuels il espérait que cela soit fini bientôt.

Il a communiqué un rapport du 25 janvier 2021 du Dr F_____ selon lequel l'IRM montrait une fracture chondrale de la facette interne de la rotule avec un œdème en regard ; il avait ordonné la poursuite de la rééducation. Il l'avait vu à sept mois du traumatisme avec une amélioration des plaintes et une capacité de marche dans les escaliers, ce qui n'était pas le cas auparavant. Le dernier contrôle remontait au 4 novembre 2020, où l'assuré était asymptomatique pour toutes les activités de la vie quotidienne. Le bilan isocinétique avait montré une bonne récupération de la force avec un déficit minime de 8 % en force maximale des extenseurs. Il lui avait permis de reprendre progressivement les activités sportives. Le lien de causalité entre le traumatisme au Jui Jitsu et les plaintes de l'assuré était certain ; l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs au niveau de son genou gauche avant cet événement traumatique.

16. Le 12 février 2021, l'assurance a conclu au rejet du recours en relevant qu'aucun médecin autre que le Dr F_____ n'annonçait le diagnostic de fracture chondrale de la facette de la rotule et que l'IRM mentionnait une fissuration.

17. L'assuré n'a pas répliqué dans le délai imparti pour ce faire.

18. La chambre de céans a requis des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants de l'assuré.

19. Le 14 avril 2021, le Dr F_____ a indiqué qu'il confirmait le diagnostic de fracture chondrale, laquelle était, de façon hautement probable, en relation de causalité avec l'accident et le genou gauche allait continuer de se dégrader de façon plus marquée et accélérée en raison du traumatisme.

20. Le 9 avril 2021, le Dr C_____ a indiqué qu'on ne pouvait parler d'arthrose du genou en présence de la lésion focale du cartilage de la rotule sur 7,5 mm seulement ; la fracture chondrale évoquée par le Dr F_____ signifiait une lésion focale traumatique du cartilage ; le genou, selon la description du Dr F_____, était encore symptomatique sept mois après le 20 janvier 2020, date retenue par le Dr D_____.

21. Le 19 mai 2021, le Dr E_____ a indiqué qu'en n'ayant pas suivi l'assuré il ne pouvait se prononcer sur les avis des Drs F_____ et D_____. Il avait retenu une entorse de stade I du LCM gauche, associée à une lésion cartilagineuse du versant médial de la rotule gauche.

22. Le 16 juin 2021, l'assurance a maintenu un statu quo sine au 20 janvier 2020, en se fondant sur un avis du Dr D_____ du 14 juin 2021 indiquant qu'il n'y avait pas de fracture mais une fissuration du cartilage qui atteignait l'os ; la lésion patellaire avait été révélée par l'accident mais pas provoquée par celui-ci ; le statu quo était atteint au moment où la seule lésion traumatique, l'entorse du LCI, était guérie ; la solution de continuité évoquée par le Dr F_____ n'était pas traumatique.

23. Le 17 juin 2021, l'assuré a indiqué qu'il se ralliait aux rapports de ses médecins relevant une fissure du cartilage causée par l'accident ; son état s'améliorait seulement depuis deux à trois mois, et une entorse ne pouvait être la cause de ces douleurs persistantes.

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimé au-delà du 20 janvier 2021, à la suite de son accident du 13 août 2019.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

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

5. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du

Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

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

7. a. 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).

   b. 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. A 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).

c. 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).

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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. 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. A 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. 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, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 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 126 V 319 consid. 5a).

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

9. 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 des assurances 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).

10. a. En l'occurrence, il est établi que le recourant, suite à un accident du 13 août 2019, a présenté une entorse du LCM au genou gauche, avec présence d'un œdème ainsi qu'une lésion cartilagineuse de la rotule gauche.

A cet égard, l'IRM du 19 août 2019 a objectivé une fissuration profonde et irrégulière du cartilage de la facette rotulienne interne, s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral et décollant le cartilage sur toute son épaisseur sur une zone de 7,5 mm ainsi qu'une fissure profonde et focale du cartilage de la crête de la rotule s'étendant quasiment jusqu'à l'os sous-chondral.

Ces fissurations ont été qualifiées par le Dr E_____ de lésion cartilagineuse (avis du 19 mai 2021), par le Dr F_____ de fracture chondrale (avis des 20 janvier 2020, 20 août 2020, 25 janvier 2021 et 14 avril 2021) et par le Dr C_____ de lésion focale du cartilage ou de fracture chondrale (avis du 9 avril 2021).

Contrairement à l'avis du Dr D_____, la notion de fracture évoquée tant par le Dr F_____ que par le Dr C_____, dans la mesure où elle se réfère à une solution de continuité du cartilage, n'est pas critiquable et est confirmée par l'IRM précité. A cet égard, la fracture est définie comme la rupture d'un os ou d'un cartilage dur (www.larousse.fr) ou une solution de continuité des os ou des cartilages (www.orthopedie-pediatrique.be). La notion de fracture mentionnée par le Dr F_____ et confirmée par le Dr C_____ correspond ainsi à la description des lésions objectivées à l'IRM du 19 août 2021.

b. L'intimé se réfère aux avis du Dr D_____ pour conclure à un statu quo sine au 20 janvier 2020.

Les rapports de ce médecin ne répondent toutefois pas aux réquisits jurisprudentiels précités pour que l'on puisse leur reconnaitre une valeur probante.

Tout d'abord, le Dr D_____, alors même qu'il disposait du rapport d'IRM du 19 août 2019, ne retient qu'un diagnostic d'entorse du LLI et ne se prononce pas sur les fissures du cartilage objectivée à l'IRM (avis du Dr D_____ des 21 octobre 2019 et 25 août 2020). Il semble, à cet égard, uniquement évoquer une arthrose fémoro-patellaire à gauche et débutante à droite, sans expliquer pour quel motif les fissurations du cartilage, nettement plus marquées à gauche, soit sur le genou traumatisé, ne relèveraient pas du traumatisme. En effet, l'IRM du 19 août 2019 n'a montré qu'une érosion superficielle du cartilage de la facette rotulienne interne du genou droit alors que les fissurations du cartilage de la rotule du genou gauche sont profondes. Les troubles au genou droit ont d'ailleurs été qualifiés de troubles dégénératifs mineurs sans solution de continuité, ou encore d'atteinte dégénérative discrète (avis du Dr F_____ du 14 avril 2021), sans que cela ne soit contesté par le Dr D_____ et l'intimée. Le Dr D_____ se borne, sans motivation, à retenir un diagnostic d'arthrose, soit un état dégénératif antérieur, au motif que dans le cadre

d'une arthrose par usure et délamination, il y a aussi une solution de continuité (avis du Dr D_____ du 14 juin 2021). Or, les médecins traitants du recourant ont tous estimé que celui-ci avait présenté une lésion cartilagineuse post-traumatique et le Dr D_____ n'a pas expliqué pour quel motif il s'écartait de ces appréciations.

S'agissant des rapports des médecins traitants, ils posent en effet tous le diagnostic de lésion cartilagineuse de la rotule gauche, que cette lésion soit qualifiée de fissure, de solution de continuité ou de fracture. Concernant l'origine de cette lésion, les Drs F_____ et C_____ ont tous deux considéré qu'elle provenait, au degré de la vraisemblance prépondérante, du traumatisme. Quant au Dr E_____, il a également estimé que la lésion cartilagineuse était associée à l'entorse du LCM. Le Dr F_____ a souligné que le genou droit ne montrait que des troubles dégénératifs mineurs, également présents sur le genou gauche (atteinte dégénérative discrète préexistante que l'on retrouvait au niveau des deux genoux), ce qui tendait à démontrer que les fissures profondes présentent au genou gauche n'étaient pas des atteintes dégénératives (avis du Dr F_____ du 14 avril 2021). Par ailleurs, le Dr C_____ a relevé que l'on ne pouvait parler d'arthrose du genou gauche en présence d'une lésion focale sur 7,5 mm seulement ; cette notion de traumatisme étant en outre renforcée par le fait que le recourant était asymptomatique avant l'accident et avait ressenti une douleur subite et importante au moment de celui-ci, laquelle avait perduré ; enfin une telle lésion chondrale, avec notamment un décollement pouvait effectivement survenir lors d'un traumatisme (avis du Dr C_____ du 9 avril 2021).

Le Dr D_____ n'a ainsi pas contesté de façon convaincante l'avis des médecins traitant quant à la présence d'une lésion cartilagineuse post-traumatique et son rapport, non probant, ne peut fonder la décision litigieuse.

c. Au demeurant, la présence d'une lésion cartilagineuse importante au genou gauche, suite à un traumatisme, avec apparition subite de douleurs persistantes, de surcroit limitée à une zone de 7,5mm, alors que le genou droit ne présente qu'une atteinte dégénérative mineure, permet de conclure, sur la base des avis des trois médecins traitants précités, et au degré de la vraisemblance prépondérante, à une origine accidentelle de la lésion.

En particulier, une investigation médicale complémentaire n'apparait pas nécessaire, les aspects médicaux du cas étant suffisamment étayés et l'analyse de la causalité suffisamment probante, ce d'autant qu'aucun avis médical convaincant, celui du Dr D_____ devant être écarté, ne remet en cause ceux des médecins traitant.

d. Dans la mesure où les conséquences de cette lésion ont perduré au-delà du 20 janvier 2020, c'est à tort que l'intimée a conclu à un statu quo sine à cette date, et cessé le versement de ses prestations.

Dans ces conditions, la question de savoir si la lésion en cause relève d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA peut rester ouverte.

11. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse sera annulée et l'intimée sera invitée à prendre en charge les suites de l'accident du 13 août 2019, dans le sens des considérants.

    Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 11 décembre 2020.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 13 août 2019, dans le sens des considérants
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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