

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2733/2014

ATAS/901/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sis avenue Perdtemps 23, Nyon

intimée

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1956, travaille à la Ville de Genève depuis le 1^{er} juillet 1982, en dernier lieu en qualité d'adjoint au chef des chambres mortuaires aux B_____. Il est assuré à ce titre auprès de GENERALI Assurances SA (ci-après : GENERALI, l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels ainsi que pour les maladies professionnelles.
2. Le 8 janvier 2014, lors de la mise en place d'une urne funéraire sur le colombarium, l'assuré a glissé, a chuté d'une hauteur d'un mètre et demi et s'est cogné le genou gauche. Il a continué de travailler, mais, les douleurs ne cessant pas, il est allé consulter le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur et médecin du sport, le 21 janvier 2014.
3. Le 22 janvier 2014, l'assuré a subi une IRM du genou gauche. Dans le rapport qu'il a établi le même jour à l'intention du Dr C_____, le docteur D_____ a fait état, d'un point de vue osseux et cartilagineux, d'une gonarthrose tricompartmentale discrète à modérée au niveau fémoro-patellaire et fémoro-tibial externe, et importante au niveau fémoro-tibial interne avec une ulcération cartilagineuse et un remaniement géodique et oedémateux sous-chondral plus marqués sur le versant tibial interne, ainsi que quelques ébauches ostéophytaires au niveau du compartiment fémoro-tibial interne. Du point de vue tendineux et ligamenteux, il a relevé l'intégralité du pivot central, des ligaments latéraux et de l'appareil extenseur. Du point de vue méniscal, il a noté, pour le ménisque externe, une absence d'anomalie de signal ou de morphologie significative, et, pour le ménisque interne, une perte de substance au niveau de la corne postérieure avec une lésion complexe au niveau du ménisque résiduel, luxé de manière subtotale médialement. Il a en outre signalé une minime lame d'épanchement intra-articulaire, mais aucun kyste poplité postérieur significatif. En conclusion, le Dr D_____ a noté une gonarthrose tricompartmentale importante au niveau fémoro-tibial interne et discrète à modérée au niveau des autres compartiments, ainsi qu'une perte de substance importante au niveau de la corne postérieure du ménisque interne avec une lésion complexe dans le ménisque résiduel, luxé de manière subtotale médialement.
4. Le 28 janvier 2014, le Dr C_____ a signé un arrêt de travail de l'assuré pour une durée d'un mois dès le 28 janvier 2014, à renouveler au plus tard un mois plus tard.
5. Le même 28 janvier 2014, la Ville de Genève a adressé à l'assureur une déclaration de sinistre pour l'accident précité, en faisant mention d'une déchirure du ménisque et des ligaments du genou gauche et en précisant qu'une opération aurait lieu le 31 janvier 2014 à la clinique générale Beaulieu.
6. Dans un rapport médical initial à l'intention de l'assureur, du 29 janvier 2014, le Dr C_____ a noté que l'assuré, le 8 janvier 2014, avait glissé et chuté au travail et avait eu de fortes douleurs qui ne passaient pas, au genou gauche, et que la date des

premiers soins était le 21 janvier 2014. Il a noté un mini signe de flot et un choc rotulien, une déchirure du ménisque interne et du ligament latéral interne, une limitation de la flexion et des douleurs. L'IRM avait montré une déchirure complexe du ménisque interne et une gonarthrose tricompartmentale, qui constituaient le diagnostic provisoire. L'accident entrainait en considération comme cause des symptômes de l'assuré, et ce dernier avait déjà souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé et été soigné en 1998.

7. Le 3 février 2014, l'assureur s'est engagé à prendre en charge le séjour hospitalier de l'assuré à la clinique générale Beaulieu.
8. Dans son compte-rendu opératoire du 31 janvier 2014, le Dr C_____ a fait état d'une déchirure complexe du ménisque interne en résection, d'une chondropathie de degré I au niveau de la rotule, du plateau tibial interne et du plateau tibial externe, d'une chondropathie de degré III au niveau du condyle interne.
9. Dans un rapport du 21 février 2014 à l'attention de l'assureur, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assureur, a répondu « Oui, probablement, mais seulement les douleurs, à l'exclusion de toute lésion structurelle » à la question de savoir si les douleurs ressenties par l'assuré étaient en lien de causalité avec l'évènement du 14 novembre 2013 (recte : 8 janvier 2014), et, sur la question du statu quo (recte : d'un *statu quo ante* ou *sine*), il a indiqué : « Oui. Aucune lésion n'a été objectivée d'origine traumatique sûre. L'évènement a probablement causé seulement une aggravation temporaire et non déterminante d'une situation arthrosique existante. Le pronostic se situe entre quelques jours et un maximum de deux semaines ».
10. Par décision du 17 mars 2014, l'assureur a indiqué qu'au vu des éléments en sa possession, le cas avait bien constitué un accident, pour lequel il était donc intervenu en couvrant la perte de salaire et les différents frais médicaux, mais qu'à teneur des pièces médicales qu'il avait reçues, l'accident ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, autrement dit que le dommage n'était plus qu'à mettre sur le compte de facteurs étrangers à l'accident, et que, selon l'avis du Dr E_____, aucune lésion n'était d'origine traumatique et le *statu quo sine* avait été atteint le 17 janvier 2014, date à partir de laquelle il cessait le versement de ses prestations en relation avec ledit évènement accidentel. Une éventuelle suite relevait de l'assurance-maladie (la SWICA), à laquelle cette décision, sujette à opposition, était aussi communiquée, de même qu'à la Ville de Genève.
11. Le 10 avril 2014, le Dr C_____ a attesté que l'assuré avait subi, lors de son accident du 8 janvier 2014, une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne et que cette affection était liée à 100 % audit accident. Le traitement entrepris avait consisté en une arthroscopie, le 31 janvier 2014, avec résection partielle interne. L'évolution avait été favorable ; l'assuré était guéri ; le cas était terminé.

12. En date du 15 avril 2014, désormais représenté par un avocat d'Assista Protection juridique SA, l'assuré a formé opposition contre cette décision, rétroactive, en faisant référence au complément précité de rapport du Dr C_____ du 10 avril 2014. Le caractère accidentel de l'événement du 8 janvier 2014 n'était pas contesté ; il y avait bien lien de causalité naturelle et adéquate entre ledit événement et la lésion subie, et l'assureur-accident devait prendre en charge les frais générés par l'intervention du corps médical.
13. Le 20 mai 2014, le Dr E_____ a indiqué à l'assureur que les « radios longues axes confirm(aient) un état arthrosique évolué, préexistant » et que cela ne faisait que confirmer la « justification du refus selon soumission du 17.04.2014 (écrite le 21.02.2014) ».
14. Le 27 mai 2014, l'assureur a demandé à la clinique générale Beaulieu de lui faire parvenir le rapport opératoire et les photos originales de l'opération. Le Dr C_____ les lui a envoyés le 16 juin 2014.
15. Dans un rapport de juillet 2014 (sans date précise), le Dr E_____ a confirmé que selon les éléments médicaux en sa possession - notamment l'IRM pratiquée le 22 janvier 2014 -, il n'y avait aucune lésion d'origine traumatique objectivée. L'IRM certifiait une lésion complexe du ménisque interne, qui était par ailleurs luxée, situation classique et bien connue dans une situation d'arthrose tricompartmentale, notamment interne. Le Dr E_____ maintenait sa position ; il n'y avait pas de causalité entre la lésion méniscale interne et l'évènement du 8 janvier 2014. Celui-ci n'avait causé, selon toute vraisemblance, qu'une aggravation temporaire et non déterminante d'une situation arthrosique préexistante, bien documentée. Le questionnaire rempli par le Dr C_____ le 10 avril 2014 n'apportait aucun argument en faveur d'une origine traumatique de la lésion méniscale interne ; ce médecin se bornait à poser une affirmation non étayée. Le cas n'était pas à la charge de l'assureur-accident, mais de l'assureur-maladie.
16. Par décision sur opposition du 4 août 2014, GENERALI s'est appuyé sur l'avis du Dr E_____, qui avait relevé un important état préexistant maladif sous forme de chondropathie sévère (arthrose avancée), mais aucune lésion d'origine traumatique sûre objectivée. L'accident avait causé une aggravation temporaire mais non déterminante d'une situation arthrosique préexistante, avec un retour au *statu quo* (*ante* ou *sine*) au bout de deux semaines. Les photos originales de l'arthroscopie du 31 janvier 2014 confirmaient que la déchirure méniscale était ici complexe, soit manifestement dégénérative ; l'opération avait été nécessaire pour traiter cet état préexistant. L'avis du Dr C_____ que l'affection était due à l'accident n'était pas motivé. GENERALI prenait le cas en charge jusqu'à l'échéance de deux semaines, soit jusqu'au 22 (et non 17) janvier 2014. Tout effet suspensif était retiré à un éventuel recours.
17. Par acte du 12 septembre 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à

son annulation et au prononcé que GENERALI devait prendre en charge l'accident du 8 janvier 2014 au-delà du 22 janvier 2014. Sur le plan des faits, il a expliqué qu'il lui avait fallu monter sur le colombarium pour y installer une urne funéraire, et que, les marches étant glissantes le 8 janvier 2014, il avait glissé et chuté d'une hauteur d'un mètre cinquante à deux mètres. Il avait continué à travailler, malgré la douleur. Son état ne s'améliorant pas, il avait consulté le Dr C_____, le 21 janvier 2014. L'assuré avait été en incapacité totale de travail du 28 janvier 2014 (date de son opération) au 10 avril 2014 (date de reprise du travail). En droit, il y avait rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'événement du 8 janvier 2014 et l'opération du 28 janvier 2014 et ses suites. Une déchirure du ménisque était assimilée à un accident, pour autant qu'elle ne soit pas manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Il allait demander au Dr C_____ de motiver son appréciation.

18. Dans un courrier du 15 octobre 2014 à l'adresse de l'avocate de l'assuré, le Dr C_____ a indiqué qu'il lui était impossible d'affirmer que la déchirure complexe du ménisque interne qu'avait eue l'assuré était liée uniquement à l'accident du 8 janvier 2014. On pouvait estimer que la gonarthrose mise en évidence par l'IRM du 22 janvier 2014 était une maladie que l'assuré présentait depuis de nombreux mois, voire années, et qu'avant ledit accident, il ne présentait à ce genou aucune douleur et aucune limitation fonctionnelle, alors qu'après l'accident, ce genou était limité dans sa fonction, avec un épanchement intra-articulaire et, surtout, l'assuré était arrivé à un point de douleurs l'empêchant quasiment de dormir. L'arthroscopie avec méniscectomie partielle interne et lissage du cartilage lui avaient permis de retrouver un genou quasiment normal et, surtout, plus aucune plainte, malgré l'arthrose toujours présente. Dès lors, même si le ménisque interne avait, effectivement, des déchirures dégénératives préalables, il était probablement certain que l'accident avait complété une déchirure et surtout luxé un fragment du ménisque, lui occasionnant les vives douleurs qu'il avait ressenties.
19. Dans son complément au recours du 13 novembre 2014, l'assuré a relevé qu'il n'y avait pas de raison que l'assureur-accident limite sa prise en charge de l'accident considéré au 22 janvier 2014, date à laquelle l'IRM avait été faite. Une déchirure du ménisque était une lésion assimilée à un accident, et elle le restait aussi longtemps que son origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. Même si une atteinte dégénérative avait joué un rôle, il était indiscutable que la chute avait déclenché les symptômes et que les examens pratiqués avaient mis en évidence une déchirure du ménisque. L'assuré a persisté dans ses conclusions.
20. GENERALI a conclu au rejet du recours en date du 26 novembre 2014, faisant référence à une détermination (orale) du Dr E_____ sur le rapport du Dr C_____ du 15 octobre 2014. Le médecin traitant de l'assuré reconnaissait que des lésions dégénératives étaient déjà présentes au moment de l'évènement accidentel, et il

n'avait pu certifier l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et une déchirure complémentaire du ménisque, ce lien n'étant que probablement certain. Le médecin-conseil de l'assureur relevait qu'un ménisque typiquement luxé – comme en l'espèce – était le signe d'une importante atteinte dégénérative. Le bénéficiaire qu'avait procuré le geste chirurgical ne voulait rien dire sur l'origine des lésions. Le choc rotulien constaté par le Dr C_____ n'avait rien à voir avec un choc traumatique ; il s'agissait d'un test clinique confortant la probabilité d'un épanchement articulaire modéré. Le fait que l'épanchement avait été minime était tout à fait compatible avec une origine dégénérative des troubles. Il était en outre tout à fait possible qu'une déchirure méniscale ainsi qu'une gonarthrose n'entraînent aucune limitation fonctionnelle. L'événement du 8 janvier 2014 remplissant les conditions juridiques d'un accident, il n'avait pas lieu de raisonner en termes de lésions assimilées. L'ensemble des lésions révélées par l'IRM du 22 janvier 2014 étaient d'origine dégénérative, et l'opération du 31 janvier 2014 avait consisté à réparer ces troubles maladroits. L'accident du 8 janvier 2014 avait provoqué une aggravation de cet important état antérieur, de façon toutefois temporaire, soit pour deux semaines selon le médecin-conseil de l'assureur. La persistance des troubles au-delà du 22 janvier 2014 ne pouvait plus être mise sur le compte de la « glissade », mais relevait de la maladie. C'était à juste titre que l'intimée avait mis fin aux prestations à compter du 22 janvier 2014.

21. Par courrier du 22 décembre 2014 à la chambre des assurances sociales, GENERALI a transmis une prise de position écrite du Dr E_____ du même jour sur les arguments présentés par le Dr C_____ en date du 15 octobre 2014.

Selon le médecin-conseil de l'assureur, il pouvait être contesté que tous les symptômes s'étaient déclarés avec l'événement accidentel considéré, dès lors que le médecin traitant de l'assuré ne produisait aucun examen fonctionnel objectif antérieur au 8 janvier 2014. Un tel examen aurait révélé, selon toute vraisemblance, des limitations de mobilité et la présence d'un liquide synovial. L'importance de la symptomatologie n'était souvent pas en relation directe avec les lésions constatées. Aucune lésion structurelle, d'origine traumatique, n'avait été objectivée, ni par l'IRM, ni par la vision directe lors de l'arthroscopie, bien documentée par des images photographiques. L'hypothèse selon laquelle l'accident aurait pu compléter une déchirure méniscale préexistante était purement spéculative et aléatoire, et ne se trouvait confirmée par aucun document, le médecin traitant lui-même ne l'avançant d'ailleurs pas comme certaine. Le constat qu'après une ménissectomie interne partielle et un lissage du cartilage l'assuré avait pu retrouver un genou quasiment normal était régulièrement fait après des « toilettes articulaires », notamment en cas de situation dégénérative ; cela n'orientait pas sur l'origine des lésions. Le Dr E_____ ne trouvait pas d'arguments susceptibles de lui faire modifier son appréciation.

22. Le 29 janvier 2015, l'assuré a persisté dans les termes de son recours. Le Dr C_____ n'avait pas pu lui donner d'informations complémentaires à son

courrier du 15 octobre 2014. Mais le Dr E_____ n'amenait pas d'éléments nouveaux, puisqu'il maintenait son appréciation initiale.

23. Par courrier du 30 septembre 2015 répondant à des questions que la chambre des assurances sociales lui a posées par courrier du 29 septembre 2015, le Dr C_____ a indiqué que l'opération du 31 janvier 2014 avait été dictée par une nécessité de mettre fin à des douleurs persistantes (surtout en hyper-extension) et de rétablir la fonctionnalité du genou de l'assuré, dont la flexion était limitée à 100°, consécutivement à l'accident du 8 janvier 2014. L'opération avait été décidée au vu du résultat de l'IRM du 22 janvier 2014, révélant une déchirure complexe du ménisque interne (en confirmation du diagnostic clinique), mais surtout compte tenu des vives douleurs que ressentait l'assuré, au point de ne pas pouvoir dormir la nuit. Les lésions dégénératives, touchant essentiellement le cartilage du condyle interne, en regard de la déchirure méniscale, n'étaient absolument pas douloureuses ni handicapantes dans le cadre d'une activité quelconque. Cette intervention n'aurait absolument pas eu lieu sans l'événement accidentel du 8 janvier 2014, en l'absence duquel l'assuré n'aurait d'ailleurs absolument pas consulté un médecin pour une quelconque douleur au genou. Le mini signe du flot et le choc rotulien étaient deux examens cliniques effectués pour repérer et évaluer un épanchement intra-articulaire ; le premier était un signe extrêmement fin permettant d'apprécier un petit épanchement, alors que le second permettait d'apprécier un épanchement plus important ; en l'espèce, l'assuré présentait les deux signes, confirmant pleinement l'épanchement intra-articulaire ; l'épanchement était de type modéré, parlant en faveur d'une inflammation du genou occasionnée par une lésion méniscale importante, sans rapport aucun avec une origine dégénérative. Si, dans son rapport d'IRM du 22 janvier 2014, le radiologue décrivait une gonarthrose tricompartmentale, le Dr C_____ ne l'avait absolument pas retrouvée lors d'une radiographie de contrôle, en face-profil du genou gauche, et moins encore lors de l'arthroscopie du 31 janvier 2014. La luxation d'un fragment du ménisque n'était absolument pas le signe d'une importante atteinte dégénérative antérieure. Il existait plusieurs types de déchirures méniscales (radiaire, horizontale, oblique, périphérique) ; chacune d'elles pouvait amener une clinique, des douleurs ou des limitations fonctionnelles différentes. Les déchirures méniscales étaient décrites selon des degrés de I à IV ; celles de grade I et II, situées plutôt dans la masse du ménisque, se traitaient plutôt conservativement (de façon non chirurgicale) ; les lésions de grade III et IV étaient des lésions traversant la surface méniscale, ayant peu de pouvoir de guérison et se traitant plutôt chirurgicalement, celles de grade IV étant plus importantes et occasionnant un lambeau de ménisque instable appelé « Flap ».
24. Par écriture du 16 octobre 2015, l'assuré a relevé qu'à teneur du courrier précité du Dr C_____ du 30 septembre 2015, l'opération qu'il avait subie le 31 janvier 2014 n'avait pas consisté à réparer des troubles dégénératifs, mais bien les suites de son accident du 8 janvier 2014, qui subsistaient au-delà du 22 janvier 2014. Les

déchirures méniscales étaient au demeurant assimilées à un accident, pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Elles restaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. En l'espèce, une cause extérieure avait pour le moins déclenché les symptômes dont l'assuré avait souffert après son accident, et il n'était pour le moins pas établi que les lésions subsistant au-delà du 22 janvier 2014 et leurs symptômes avaient résulté exclusivement de troubles dégénératifs. L'assuré persistait dans les termes de son recours.

25. Le 9 novembre 2015, GENERALI a fait référence aux arguments de son médecin-conseil, le Dr E_____, consignés dans un rapport médical du 9 novembre 2015, et rappelé qu'il ne suffisait pas, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, que l'intéressé n'ait jamais émis de plainte avant un traumatisme. Il a déclaré maintenir sa position.

Dans ledit rapport médical, le Dr E_____ a contesté les explications fournies par le Dr C_____. Des douleurs relevaient d'un aspect subjectif; elles ne démontraient pas que l'intervention du 31 janvier 2014 avait été nécessaire pour traiter des lésions qui seraient liées à l'accident du 8 janvier 2014. Il n'était pas possible d'affirmer que les limitations fonctionnelles constatées étaient imputables audit accident, le médecin traitant ne produisant aucun examen fonctionnel objectif qui aurait été effectué avant cet accident et aurait révélé d'éventuelles limitations de mobilité. L'assuré n'avait consulté que deux semaines après ledit événement accidentel et n'avait été en arrêt de travail qu'à partir du 28 janvier 2014. Il n'était pas admissible de distinguer – comme le faisait le Dr C_____ – une atteinte méniscale de la gonarthrose, en ce sens que la première aurait nécessité l'opération et la seconde n'aurait pas été douloureuse, car il était reconnu, dans le milieu orthopédique, qu'une lésion complexe du ménisque s'installait régulièrement en cas de dégénérescence de type arthrosique, notamment du compartiment interne du genou. Il avait résulté de l'IRM du 22 janvier 2014 et du rapport opératoire que l'assuré avait une atteinte avancée du cartilage, d'origine dégénérative, qu'on ne pouvait distinguer de la pathophysiologie de la lésion méniscale, qui serait traumatique, et les ligaments de l'assuré étaient intacts. Il n'était dès lors pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'accident en question était à l'origine de la déchirure méniscale complexe. Une articulation présentant ce stade avancé de gonarthrose était régulièrement douloureuse et handicapante. Le médecin traitant n'expliquait pas en quoi l'opération pratiquée n'aurait pas eu lieu sans la survenance de l'accident considéré ; pour le médecin-conseil de l'assureur, une opération aurait été incontournable. Un épanchement révélé par un choc rotulien n'indiquait rien sur la nature traumatique ou non de troubles, alors qu'une IRM était un examen particulièrement fiable et sensible à la présence de liquide dans une articulation ; en l'espèce, c'était une minime lame d'épanchement intra-articulaire qu'avait révélée l'IRM du 22 janvier 2014. Le Dr C_____ se contredisait, dès lors

que son rapport opératoire du 31 janvier 2014 ne décrivait pas de luxation de fragment de ménisque, mais que son rapport du 15 octobre 2014 relevait comme probablement certain que l'accident avait complété une déchirure et surtout luxé un fragment du ménisque. Pour le médecin-conseil de l'assureur, la complexité de la lésion méniscale, figurant sur les images opératoires, pouvait expliquer la présence d'un fragment méniscal luxé, comme cela se voyait très fréquemment dans les situations de déchirures complexes dégénératives. Le Dr C_____ en venait même à nier l'existence d'une gonarthrose, alors que dans son rapport du 15 octobre 2014 il avait évoqué lui-même une maladie présente sous forme de gonarthrose présente depuis de nombreux mois, voire années, et qu'au surplus, selon le rapport opératoire, la lésion du cartilage (condyle interne) était grave, de degré III et que l'opération avait consisté notamment à procéder à une chondroplastie, soit un geste chirurgical servant à traiter une gonarthrose. Le médecin traitant avait au demeurant lui-même indiqué, dans son rapport du 15 octobre 2014, ne pas pouvoir affirmer que la déchirure méniscale était liée uniquement à l'accident considéré. Aucune lésion traumatique n'avait donc été objectivée, que ce soit intra ou extra-articulaire. L'accident n'avait provoqué qu'une aggravation temporaire d'une situation arthrosique préexistante. La survenance d'un *statu quo* (sans précision s'il s'agissait d'un *statu quo ante* ou *sine*) s'était produite deux semaines après l'accident. La suite relevait de l'état antérieur dégénératif.

26. Ces deux écritures ont été transmises respectivement à la GENERALI et à l'assuré.

EN DROIT

1. a. 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 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues par 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident confirmant la mise d'un terme à des prestations prévues par la LAA.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant précisé que le délai de recours n'a commencé à courir que le 16 août 2015 (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues

par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 22 janvier 2014 pour les suites de l'accident qu'il a subi le 8 janvier 2014.

Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). En vertu d'une délégation de compétence figurant à l'art. 6 al. 2 LAA, visant à éviter, au profit des assurés, la distinction souvent difficile entre maladie et accident, le Conseil fédéral a assimilé à un accident – donc inclus dans l'assurance-accidents – les lésions corporelles suivantes, énumérées exhaustivement à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, et même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les elongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan.

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

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord 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, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente

comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Les lésions assimilées à un accident, selon l'art. 9 al. 2 OLAA, le sont même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b).

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, voulant qu'en matière d'assurances sociales les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; ATF 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Demeure toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

-
4. a. Le devoir qu'a l'assurance-accidents d'allouer des prestations lorsque le lien de causalité a été établi cesse lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, question qu'il y a lieu d'examiner en principe selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, le cas des lésions assimilées à un accident restant réservé (cf. ci-dessus consid. 3b). Ainsi, 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas à justifier la cessation du versement des prestations (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut ainsi liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380).

5. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

bb. 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 ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

cc. Une appréciation médicale, respectivement 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).

dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient à l'administration, respectivement au juge, d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). 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 (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3). 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).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n. U 363 p. 46 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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 nécessairement 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

7. En l'espèce, alors que tant l'IRM du 22 janvier 2014 que l'opération du 31 janvier 2014 avaient déjà été effectuées, l'intimée s'était engagé, le 3 février 2014, à prendre en charge le séjour hospitalier du recourant pour ladite opération, sans faire

de réserve s'agissant des autres prestations qu'elle serait appelée à fournir en lien avec l'événement du 8 janvier 2014 au titre de l'assurance-accidents, en particulier les frais médicaux et la perte de salaire. C'est par la suite que, sur la base de l'avis de son médecin-conseil du 21 février 2014, l'intimée a décidé, le 17 mars 2014, de mettre un terme à ses prestations avec effet rétroactif au 17 janvier 2014, échéance reportée au 22 janvier 2014 par la décision sur opposition du 4 août 2014, présentement attaquée. Selon elle, l'accident n'avait causé qu'une aggravation temporaire d'un état maladif préexistant, en l'occurrence de nature dégénérative, et ce pour une durée de deux semaines ; dès le 23 janvier 2014, les troubles du recourant relevaient le cas échéant de l'assurance-maladie, mais plus de l'assurance-accident.

Le recourant est de l'avis contraire que, notamment, l'opération du 31 janvier 2014 a été nécessaire pour soigner les suites de l'accident, eu égard aux douleurs mais aussi aux limitations fonctionnelles qu'il éprouvait à la suite et en raison de cet accident, même s'il était possible qu'une atteinte dégénérative préexistante, jusqu'alors indolore et non handicapante, ait exercé une influence sur la survenance des lésions.

8. Il n'est pas en soi décisif, en l'espèce, que les avis des parties s'appuient sur des rapports médicaux émanant respectivement du médecin traitant du recourant et du médecin-conseil de l'intimée. Quand bien même la jurisprudence incline en général à faire montre d'une certaine circonspection à l'endroit de rapports établis par le médecin traitant d'un assuré en considération du lien de confiance liant le médecin traitant à son patient, alors qu'elle relève que le lien du médecin-conseil à l'égard de l'assureur (soit un lien de subordination s'il en est l'employé) ne rejaillit pas forcément sur l'indépendance de ses avis médicaux, il n'y a pas en l'occurrence de raison de donner a priori plus de crédit à l'un ou l'autre des deux médecins considérés en raison de leur lien avec respectivement l'assuré et l'assureur. Il sied aussi de relever que les deux médecins considérés sont des médecins spécialistes en chirurgie orthopédique ; une absence de spécialisation dans la discipline médicale dans laquelle la question à trancher se pose tendrait à affaiblir l'avis émis par un médecin ne l'ayant pas.

C'est au regard du contenu des rapports médicaux – autrement dit du point de savoir lesquels fournissent une étude fouillée des points litigieux, fondée sur des examens complets, prenant en compte les plaintes de l'intéressé, effectuée en connaissance de cause du dossier, et comportent des conclusions convaincantes – qu'il faudrait pouvoir déterminer lequel des avis médicaux considérés doit se voir reconnaître la plus forte valeur probante. À défaut de pouvoir le faire, parce que subsisteraient des doutes sur la fiabilité et la pertinence desdits avis ne permettant pas de dissiper des divergences les opposant, la chambre de céans devrait poursuivre l'instruction, voire ordonner une expertise. Encore faudrait-il, cependant, que cela soit nécessaire pour résoudre les questions pertinentes.

9. a. En l'espèce, force est de relever que l'avis du médecin-conseil de l'intimée, repris à son compte par cette dernière, n'apparaît pas convaincant en tant qu'il minimise manifestement, sinon ignore tout simplement sous prétexte de subjectivité (ou de défaut d'objectivation), les vives douleurs, en elles-mêmes handicapantes, en plus des limitations fonctionnelles l'étant aussi, que le recourant a respectivement ressenties et présentées de façon crédible dans le court laps de temps entre l'accident du 8 janvier 2014 et l'opération du 31 janvier 2014, mais ni auparavant ni ultérieurement. Sans doute ne suffit-il pas que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident pour qu'un lien de causalité naturelle avec ce dernier puisse être retenu. Cela relève néanmoins d'une défense fort peu convaincante, ayant des relents de partialité jetant un certain discrédit sur les avis émis, d'objecter qu'un accidenté n'est pas à même de présenter des résultats d'examens médicaux antérieurs à l'accident dans la mesure où, ne ressentant ni douleur ni limitation fonctionnelle, il n'avait alors aucune raison de consulter un médecin et de se soumettre à de tels examens, en quelque sorte préventivement, à seules fins de pouvoir démontrer que des douleurs et limitations fonctionnelles qu'il aurait le cas échéant en cas d'accident, par définition non prévisible, devraient être imputées à l'accident, et non à une maladie ignorée.

Jointe à la brièveté du laps de temps s'étant écoulé entre l'accident et l'opération (soit trois semaines), la considération que les douleurs et les limitations fonctionnelles n'étaient pas présentes avant l'accident et ont disparu après l'opération commande de relativiser la portée du moyen de défense tiré de la non-applicabilité de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* ». Le fait que le recourant n'a pas consulté immédiatement un médecin et s'est efforcé de ne pas arrêter de travailler, en dépit de ses douleurs et limitations fonctionnelles, ne saurait en l'espèce se retourner contre lui.

Enfin, le médecin-conseil de l'intimée n'a aucunement justifié la limitation à deux semaines seulement de la durée de ce qui n'était selon lui qu'une aggravation temporaire d'un problème dégénératif à caractère maladif, ni avancé d'argument un tant soit peu crédible en faveur de la survenance d'un *statu quo sine* dès le 23 janvier 2014 (autrement dit d'une apparition dès cette date, en l'absence de l'accident du 8 janvier 2014, de douleurs et de limitations fonctionnelles que le recourant n'avait jusqu'alors respectivement pas ressenties et présentées), étant ajouté qu'il n'a pas soutenu qu'il y avait eu retour à un *statu quo ante* dès cette date. Il s'est contenté d'affirmer sa conviction qu'une opération aurait été incontournable, dans un délai qu'il s'est cependant gardé de préciser. Il paraît difficile de ne voir qu'un élément fortuit dans le fait que cette limitation à deux semaines, fixée rétroactivement, de la prétendue aggravation temporaire d'un état maladif dégénératif antérieur a pour effet que l'opération du recourant tombe en dehors de ladite période, et, partant, ne doive pas être à la charge de l'intimée.

- b. La chambre de céans n'exclut pas pour autant que certaines des remarques que le médecin-conseil de l'intimée a faites à l'endroit des rapports du médecin traitant

aient quelque pertinence, en particulier en tant que ce dernier, dans son rapport du 30 septembre 2015, paraissait nier l'existence d'une gonarthrose, alors qu'il en avait fait mention dans son rapport du 15 octobre 2014 et que l'opération avait comporté un geste médical servant à traiter une gonarthrose.

Il n'est pas impossible qu'un complément d'instruction, voire une expertise devraient être ordonnés s'il s'agissait de déterminer si et dans quelle mesure la déchirure méniscale complexe constatée était due, au degré de vraisemblance prépondérante (soit dans la perspective retenue par l'intimée), à l'événement accidentel du 8 janvier 2014. Telle n'est toutefois pas la question pertinente.

10. a. En effet, il est avéré que le recourant a présenté une déchirure du ménisque, à savoir une lésion a priori à assimiler à un accident (art. 9 al. 1 let. c OLAA), si bien que la question est de savoir si – de façon clairement établie, donc au-delà du degré de vraisemblance prépondérante – elle est manifestement imputable à une maladie ou des phénomènes dégénératifs, auquel cas cette assimilation devrait être niée ou prendre fin.

En l'espèce, il n'est pas contestable que le recourant était atteint, sans en souffrir, de troubles arthrosiques dégénératifs déjà avant son accident du 8 janvier 2014, et il est par ailleurs indéniable que ce dernier a pour le moins aggravé la situation et déclenché les symptômes que le recourant a dès lors présentés en termes de douleurs et de limitations fonctionnelles. Or, une lésion assimilée à un accident l'est même si elle a, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, ce qui est le cas en l'occurrence. C'est donc à juste titre que l'intimée a accepté initialement d'intervenir. Elle ne pouvait mettre un terme à sa prise en charge du cas que si et à partir de la date à laquelle il était le cas échéant établi que cette cause extérieure ne jouait manifestement plus aucun rôle dans la poursuite des troubles présentés par le recourant et qu'il était ainsi certain que ces derniers ne s'expliquaient plus que pas des causes exclusivement étrangères à l'accident.

Or, force est de nier que cette condition était réalisée dès le 23 janvier 2014 et en particulier avant que l'opération n'ait été effectuée et avait produit ses effets guérisseurs.

- b. En effet, dans son rapport du 21 février 2014, le médecin-conseil de l'intimée n'a évoqué qu'une probabilité que l'événement accidentel expliquât la poursuite des troubles présentés par le recourant au-delà du 17 janvier 2014 (date corrigée par la suite en 22 janvier 2014), alors que, prenant position le 10 avril 2014 sur cette détermination, le médecin traitant a attribué la déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du recourant à 100 % à l'accident du 8 janvier 2014. Encore dans son rapport de juillet 2014, le médecin-conseil de l'intimée a indiqué que ce dernier n'avait causé, « selon toute vraisemblance », qu'une aggravation temporaire et non déterminante d'une situation arthrosique

préexistante. Dans son rapport du 15 octobre 2014, le médecin traitant a dit certes ne pas pouvoir affirmer que la déchirure complexe du ménisque interne qu'avait eue le recourant était liée uniquement à l'accident considéré, mais il a précisé que si le ménisque interne du recourant avait effectivement des déchirures dégénératives préalables, il était « probablement certain » que l'accident avait complété une déchirure et surtout luxé un fragment du ménisque. Dans son rapport du 30 septembre 2015, ledit médecin a affirmé que l'opération du 31 janvier 2014 n'aurait « absolument pas eu lieu » sans l'événement accidentel du 8 janvier 2014, et que l'épanchement intra-articulaire constaté cliniquement parlait en faveur d'une inflammation du genou occasionnée par une lésion méniscale importante « sans rapport aucun avec une origine dégénérative ». Enfin, même encore dans son rapport du 9 novembre 2015, le médecin-conseil de l'intimée a émis l'avis qu'il n'était pas établi « au degré de vraisemblance prépondérante » que l'accident considéré était à l'origine de la déchirure méniscale complexe du recourant.

c. Il n'est ainsi pas établi de façon certaine que la poursuite des troubles présentés par le recourant au-delà du 22 janvier 2014 et l'opération du 31 janvier 2014 n'ont pas de lien de causalité avec l'événement accidentel du 8 janvier 2014. De plus, comme la chambre de céans l'a déjà relevé (consid. 9a), l'argument que lesdits troubles (les douleurs, mais aussi les limitations fonctionnelles) sont apparus avec cet accident et ont disparu après l'opération plaident en défaveur de la cessation de causalité retenue par l'intimée. Il sied en outre de relever que l'événement du 8 janvier 2014 n'a pas tenu qu'à une glissade ayant amené le recourant au sol, mais a comporté une chute d'une hauteur d'un mètre et demi, ce qui renforce, en termes de simple bon sens, la thèse soutenue par le médecin traitant du recourant.

La décision attaquée est mal fondée.

11. Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner si cette décision serait valable au regard du principe de la bonne foi, eu égard à la garantie de prise en charge que l'intimée a donnée au recourant le 3 février 2014.
12. Le recours sera donc admis, et la décision sur opposition attaquée annulée (ce qui ne fait pas revivre la décision du 17 mars 2014). Il appartient à l'intimée, comme assureur-accidents, de prendre en charge les suites de l'événement du 8 janvier 2014 au-delà du 22 janvier 2014, jusqu'à une date qu'il n'incombe pas à la chambre de céans de préciser ici autrement qu'en disant qu'elle est postérieure au 31 janvier 2014, donc à l'opération subie par le recourant.
13. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu d'émolument.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de procédure lui sera allouée, d'un montant de CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - E 5 10.03), à la charge de l'intimée.

* * * * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de GENERALI Assurances SA du 4 août 2014.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, à la charge de GENERALI Assurances SA.
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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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