

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3236/2025

ATAS/171/2026

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 mars 2026**

**Chambre 10**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

contre

**ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA**

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1999, travaille pour l'État de Genève depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et est à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (ci-après : la compagnie).
- b.** Par déclaration d'accident du 17 octobre 2023, l'assurée a annoncé à la compagnie la survenance d'un sinistre le 31 août 2023.
- c.** Le 18 octobre 2023, elle lui a transmis trois factures, de sa médecin traitante, d'imagerie et de son ostéopathe.
- d.** Le 20 mars 2024, l'assurée lui a envoyé des factures supplémentaires.
- e.** Dans un courriel du 22 juin 2024, la compagnie a informé l'intéressée que certains frais ne pourraient pas être pris en charge faute d'assurance-accidents complémentaire et que plusieurs factures étaient au tarif de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), de sorte que sa caisse maladie devait les annuler et le prestataire de soins devait les facturer à son attention au tarif de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
- f.** Le 16 novembre 2024, l'assurée a répondu à un questionnaire de la compagnie. Elle a indiqué qu'elle avait participé à un cours d'aérobic organisé par l'université et effectué des « mouvements (course, déplacements sur côté en suivant formatrice »), sans qu'aucun mouvement incontrôlé ne se produise. Cette activité lui était coutumière et elle la pratiquait une fois par semaine depuis le mois de juin 2022. Les symptômes s'étaient manifestés le lendemain et elle n'avait jamais eu de douleurs avant l'événement annoncé.
- g.** Le 18 novembre 2024, la compagnie a reçu un rapport du 13 novembre 2023, du docteur B \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, indiquant avoir été consulté par l'assurée le jour même pour des douleurs postéro-internes du genou droit. Ces douleurs s'étaient améliorées d'elles-mêmes, mais la patiente ressentait une gêne lorsqu'elle était en position accroupie. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 18 septembre 2023 montrait un *status* inchangé par rapport à l'examen de 2021 de la fine fissuration intra-méniscale horizontale de grade II au sein de la corne postérieure du ménisque médial. La patiente avait probablement fait un faux mouvement, ce qui avait provoqué une réactivation temporaire de sa lésion méniscale déjà présente une année auparavant. Il lui avait conseillé d'éviter la charge en flexion terminale, mais elle pouvait pratiquer tous les sports sans limitation.
- h.** En date du 20 novembre 2024, la compagnie a obtenu le rapport d'IRM du 22 septembre 2023, mentionnant que l'intéressée s'était blessée au genou droit,

soit le même qu'il y a deux ans, en faisant de l'aérobic. Les douleurs avaient évolué défavorablement et l'indication visait à établir une éventuelle aggravation ou récurrence de fissure méniscale. Le statut était inchangé par rappel à l'examen de 2021 de la fine fissure intra-méniscale horizontale de grade II au sein de la corne postérieure du ménisque médial, se prolongeant à la jonction de la corne postérieure-segment moyen.

i. Dans un avis du 11 mars 2025, C\_\_\_\_\_, infirmière diplômée et détentrice du brevet fédéral d'assurances sociales, a informé la compagnie qu'il existait une lésion méniscale médiale qui correspondrait à une lésion assimilée. Cependant, cette lésion méniscale était apparemment déjà présente le 8 décembre 2021 et n'avait pas changé depuis. Il ne s'agissait donc pas d'une lésion récente mais d'un état préexistant.

**B. a.** Par décision du 7 avril 2025, la compagnie a nié le droit de l'assurée à des prestations, au motif que la notion d'accident n'était pas remplie. En outre, la lésion méniscale était due à un état préexistant.

**b.** Dans un courrier du 9 avril 2025, l'intéressée a formé opposition. La session d'aérobic n'était pas un événement ou une situation pouvant être qualifiée de quotidien ou d'habituel. La déchirure du ménisque donnait droit à la couverture du cas. Compte tenu de son âge, il ne pouvait être question d'usure.

**c.** En date du 18 juin 2025, elle a complété son opposition, après avoir pris connaissance des pièces de son dossier. Elle a exposé qu'elle avait eu un accident de vélo le 27 novembre 2021 et que ses douleurs se portaient à la tête, la gorge et la hanche. L'IRM de la jambe et du genou avait été faite « par mesure d'investigation hypothétique », mais pas en raison de plaintes douloureuses, comme attesté par les documents relatifs à ce sinistre. Elle avait effectué l'IRM le 8 décembre 2021, ce qui témoignait que son genou ne lui posait pas de problème durant cet intervalle de onze jours. À cette époque, elle était étudiante et son assureur-maladie était son assureur accidents. Sa médecin traitante n'avait même pas vu qu'elle avait une lésion au genou et ne lui avait prescrit aucun soin pour cette articulation. Elle apprenait cette lésion en découvrant les documents transmis par la compagnie. En l'absence de soins et de prestations d'assurance, on ne pouvait pas parler de « lésion ». L'accident de 2021 n'avait donné lieu à aucune incapacité de travail, contrairement à celui de 2023 après lequel elle avait été contrainte de faire du télétravail. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait rendu son rapport près de deux mois et demi après l'accident du 31 août 2023. Le manque de cohérence dans la position de la compagnie créait une insécurité juridique qui devait profiter à l'assurée. Enfin, elle ne pratiquait pas l'aérobic de manière régulière et la session du 31 août 2023, qui avait été particulièrement intense, était une reprise du cours après les deux mois d'arrêt de l'été.

L'intéressée a joint des déclarations d'accident des 17 mai et 30 octobre 2022 relatives à la chute à vélo du 27 novembre 2021

**d.** Par décision sur opposition du 16 septembre 2025, la compagnie a confirmé sa décision du 7 avril 2025. Sur la base des descriptions fournies, le caractère inhabituel de l'événement devait être nié. En effet, le mouvement effectué s'inscrivait parfaitement dans la pratique de l'aérobic, qui comprenait des mouvements de rotation et des déplacements dans toutes les directions. Il était comparable à plusieurs affaires jugées par le Tribunal fédéral, dans lesquelles ce dernier avait jugé que le caractère externe de la cause devait être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produisait alors que le sport était exercé sans que survienne un incident particulier. S'agissant de la lésion méniscale, elle était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie car elle était préexistante à l'événement assuré et était demeurée identique selon le rapport du Dr B\_\_\_\_\_, confirmé par la comparaison des IRM de décembre 2021 et de septembre 2023. Que cette lésion ait été découverte fortuitement lors de l'accident de vélo du 27 décembre 2021 n'était pas déterminant, tout comme les absences d'annonce de sinistre, de traitement médical et d'incapacité de travail. Enfin, elle renonçait à demander le remboursement des factures déjà prises en charge.

**C. a.** Par acte du 17 septembre 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, se référant à ses écritures produites dans le cadre de la procédure d'opposition.

**b.** Dans son complément du 3 octobre 2025, la recourante a conclu à l'annulation de la décision contestée et à ce qu'il soit constaté que l'événement du 31 août 2023 constituait un accident et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les suites de ce sinistre. En substance, elle a fait valoir qu'aucune atteinte au genou n'avait été diagnostiquée ou traitée en 2021, qu'elle n'avait ressenti aucune douleur ni n'avait subi d'arrêt de travail. L'IRM avait été prescrite par son médecin traitant à titre exploratoire. L'événement du 31 août 2023 avait pour sa part engendré une incapacité de travail effective et des restrictions fonctionnelles. Le suivi occasionnel d'une séance d'aérobic particulièrement intense ne pouvait pas être qualifié d'événement quotidien ou habituel. Le revirement tardif de position de l'intimée, qui avait dans un premier temps pris en charge le sinistre et invité sa caisse maladie à annuler la couverture des factures, créait une insécurité juridique. L'intimée n'avait pas apporté la preuve que son atteinte serait due pour plus de 50% à une maladie, étant rappelé qu'elle était âgée de 24 ans.

**c.** Dans sa réponse du 11 novembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, pour les motifs évoqués dans la décision litigieuse. Pour le surplus, elle avait soumis le dossier à son médecin-conseil, lequel avait remarqué que l'IRM du 22 septembre 2023 mettait en évidence une fine lésion intra méniscale horizontale. Il s'agissait d'une lésion à l'intérieur du ménisque, qui n'atteignait pas la surface et ne constituait pas une déchirure du ménisque. Par conséquent, la présence d'une lésion corporelle assimilée à l'accident n'était pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Au surplus, elle était en droit de nier en

tout temps son obligation de prestations sans invoquer de motif de reconsidération ou de révision procédurale, tant que le remboursement des prestations déjà versées n'était pas demandé.

Elle a communiqué un avis du 10 novembre 2025 émis par C\_\_\_\_\_ et le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels ont conclu qu'il n'y avait pas de lésion méniscale selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Il s'agissait d'une fine lésion intra-méniscale horizontale à l'intérieur du ménisque qui n'atteignait pas la surface. Cette lésion, par ailleurs déjà présente dans la même mesure à l'IRM du 8 décembre 2021, ne constituait pas une déchirure du ménisque.

**d.** Le 3 décembre 2025, la recourante a persisté dans les termes de son recours. À la suite de l'événement de 2021, elle avait la pleine capacité de son genou, tant au niveau privé que professionnel, et elle pratiquait beaucoup de sport sans aucune gêne ou douleur. Ses problèmes de genou étaient survenus avec les faits de 2023, et elle n'avait aucun problème antérieurement, « malgré tous les coups et autres atteintes normales de la vie, dont les faits de 2021 » faisaient partie.

**e.** En date du 16 décembre 2025, l'intimée a également maintenu ses conclusions.

**f.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

**1.2** 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.

**1.3** 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.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée en lien avec l'événement survenu le 31 août 2023.

**3.** Conformément à l'art. 6 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1). 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 (al. 2) : 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).

Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

**3.1** 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).

Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur, soit une cause exogène au corps humain. 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1). Le caractère extraordinaire ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Celui-ci doit s'écarter de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.2 et la référence). Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_275/2023 du 18 octobre 2023 consid. 3.1.2 et les références).

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 maladiques 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).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause

externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

**3.2** 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 1<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (ATF 146 V 51 consid. 9.1).

L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – 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 à plus de 50% de l'ensemble des 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 (ATF 146 V 51 consid. 8.6). Lorsque l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident n'est pas une cause, même très partielle, d'une lésion corporelle de la liste et qu'il n'existe par ailleurs pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même apportée (ATF 146 V 51 consid. 9.1 et 9.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.2).

**3.3** 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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

**3.4** L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, 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), sauf s'il réclame les prestations allouées (ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions

---

d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

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

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; 121 V 45 consid. 2a et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3 ; 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit

d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

5. En l'espèce, le lien de causalité entre les troubles dont souffre la recourante et l'événement du 31 août 2023 fait manifestement défaut.

Il est en effet établi par les pièces du dossier que la recourante n'a pas subi de nouvelle atteinte de son genou droit consécutivement à sa session d'aérobic.

Le rapport d'IRM du 22 septembre 2023 mentionne expressément que le *status* était inchangé par rapport à l'examen de 2021, époque à laquelle la patiente s'était déjà blessée au genou droit. Il n'y avait donc aucune aggravation de la fine fissure intra-méniscale horizontale de grade II au sein de la corne postérieure du ménisque médial, se prolongeant à la jonction de la corne postérieure-segment moyen.

Dans son rapport du 13 novembre 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente avait probablement effectué un faux mouvement, ce qui avait provoqué une réactivation temporaire de sa lésion méniscale déjà présente une année auparavant. Les douleurs postéro-internes du genou droit s'étaient améliorées d'elles-mêmes, mais l'intéressée ressentait une gêne lorsqu'elle était en position accroupie. Il a confirmé que l'IRM du 18 septembre 2023 montrait un *status* inchangé par rapport à l'examen de 2021.

Les absences de tout traitement médical, de douleurs, de limitations fonctionnelles ou encore d'arrêt de travail en 2021, ainsi que les circonstances dans lesquelles l'IRM de 2021 a été ordonnée et l'éventuelle découverte fortuite de la lésion du genou droit sont sans pertinence. Les troubles observés à la suite du cours d'aérobic du 31 août 2023 préexistaient à cet événement puisqu'ils ont été mis en évidence en 2021, de sorte qu'ils n'ont pas pu être causés par le sinistre annoncé à l'intimée le 17 octobre 2023.

Dans ces conditions, la question de savoir si l'événement du 31 août 2023 répond à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA peut rester indécise. De même, il n'est pas nécessaire de déterminer si la fine fissure intra-méniscale présentée par la recourante constitue une déchirure du ménisque visée par l'art. 6 al. 2 LAA, puisque la lésion était préexistante au sinistre annoncé et résulte exclusivement d'un état antérieur.

Faute de tout lien de causalité naturelle entre l'événement du 31 août 2023 et l'atteinte à la santé, le refus de prise en charge de l'intimée n'est pas contestable.

Enfin, comme relevé à juste titre par l'intimée, cette dernière était en droit de mettre fin à ses prestations avec effet *ex nunc* et *pro futuro* sans devoir se fonder sur un motif de révocation, étant rappelé qu'elle n'a pas réclamé le remboursement des prestations déjà allouées.

**6.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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