

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3358/2019

ATAS/1067/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée _____, VÉSENAZ, représentée par ORION Assurance de Protection Juridique SA **recourante**

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, **intimée**
sise avenue de Cour 41, LAUSANNE

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, est employée à 100% par B_____SA (ci-après : l'employeur) en qualité de directrice pédagogique. À ce titre, elle est assurée depuis le 5 octobre 2011 contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la C_____ SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Par déclaration d'accident du 15 mars 2017, l'assurée a annoncé qu'elle s'était fissuré un ménisque du genou gauche le 14 janvier 2017, décrivant ainsi les circonstances du sinistre : « Skiant à allure normale, j'ai dû changer de trajectoire au dernier moment pour éviter un skieur, ce faisant, je me suis tordue le genou violemment. J'ai été immobilisée pendant 5 min avec une grande douleur. Puis j'ai pu regagner la station en skiant lentement sur une jambe principalement. Après plusieurs semaines, le genou ne me permettant plus de faire du sport et me faisant souffrir également au quotidien, j'ai décidé de consulter pour savoir ce qu'il convenait de faire ».
3. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assurance a reçu :
 - un rapport du 6 mars 2017 suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 3 mars 2017 par le docteur D_____, radiologue FMH ; à titre d'antécédent, ont été relevés une opération sur le ligament croisé antérieur en 1997 (recte 1998) avec une récurrence de rupture en 2011 non opérée, un lâchage du genou au ski en janvier, ainsi que des douleurs internes et postérieures ; le spécialiste a conclu à un status post-plastie du ligament croisé antérieur rompue et cicatrisée avec une attitude spontanée en tiroir antérieure ce jour, ainsi qu'à une fissure oblique de la corne postérieure du ménisque interne ; il a également relevé un décalage entre la face postérieure du condyle fémoral externe et du plateau tibial externe mesuré à environ 2 cm et un kyste de Baker ;
 - un rapport du 20 mars 2017 du docteur E_____, radiologue, indiquant que la radiographie du jour avait montré un discret empâtement rétro-quadricipital de tonalité hydrique compatible avec un épanchement ou un épaississement synovial, un tunnel fémoral d'implantation basse par rapport aux critères d'isométrie, une position paraissant également relativement antérieure du tunnel fémoral bordé par une agrafe distale, un modelé d'allure mécanique du compartiment fémoro-tibial médial avec une sclérose tibiale accentuée et une petite construction osseuse marginale tibiale ;
 - le rapport médical initial du 25 avril 2017 du professeur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté pour la première fois le 15 mars 2017 ; le médecin a relaté une chute à ski et diagnostiqué une entorse grave du genou gauche ; il a observé un épanchement et des signes méniscaux, et les constatations radiologiques avaient révélé une rupture du ligament croisé antérieur ; il a prescrit un traitement de

physiothérapie et préconisé la reconstruction du ligament croisé antérieur et une réparation du ménisque médial.

4. Le 20 avril 2017, l'assurance a reçu de la Clinique de la Colline (ci-après : la Clinique) une demande de garantie pour une hospitalisation prévue le 12 mai 2017.
5. Le jour même, elle lui a répondu que l'assurée bénéficiait auprès d'elle d'une couverture des frais médicaux en cas d'accident en division commune uniquement. En l'état, elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la garantie de prise en charge de l'intervention et émettait des réserves jusqu'à nouvel avis.
6. Le 27 avril 2017, l'assurance a écrit à l'employeur qu'elle avait noté que l'événement déclaré n'entraînait pas d'incapacité de travail et qu'elle réglerait directement les frais du traitement médical.

Copie de cette missive a été communiquée le jour même à l'assurée.

7. En date du 12 mai 2017, le Dr F_____ a pratiqué une arthroscopie du genou gauche. Dans son compte-rendu opératoire du 16 mai 2017, il a mentionné les diagnostics de laxité antérieure de grade III du genou gauche sur une rupture du ligament croisé antérieur, de déchirure du ménisque médial gauche et de status 20 ans après une reconstruction du ligament croisé antérieur du genou gauche. L'intervention avait consisté en une toilette articulaire, une ablation du matériel d'ostéosynthèse tant sur le versant fémoral que tibial, une suture du ménisque médial et une révision-reconstruction du ligament croisé antérieur par le quart central du tendon quadricipital autologue. Le spécialiste a observé quelques lésions chondrales superficielles de grade I sur le condyle fémoral médial et quelques lésions superficielles sur le plateau tibial médial, une déchirure verticale et longitudinale du ménisque médial, la greffe totalement détendue et sans compétence mécanique du ligament croisé antérieur.
8. Par courrier du 24 mai 2017, l'assurance a rappelé à la Clinique que l'assurée bénéficiait d'une couverture en division commune pour les frais d'hospitalisation et indiqué qu'elle remboursait les frais de traitement en relation avec l'accident pour autant que le traitement soit médicalement indiqué, adéquat et économique. Elle se réservait le droit de faire contrôler les factures.

Copie de cette missive a été communiquée le jour même à l'assurée.

9. Sur demande de l'assurance, l'assurée lui a répondu, le 27 septembre 2017, qu'elle n'avait aucun document relatif à l'intervention de 1998, pratiquée dans un établissement à Pully qui n'existait plus, selon ses recherches, et dont elle ne se souvenait pas du nom. Quant au tiers responsable de son accident, il ne s'était pas arrêté et elle ne le connaissait pas.
10. Le 15 novembre 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, médecin-conseil de l'assurance, a rendu un avis médical en allemand. En substance, ce médecin a diagnostiqué une entorse du genou gauche et un status après une plastie du ligament croisé antérieur en 1998 et une nouvelle

rupture en 2011, qui constituaient des éléments étrangers à l'accident de 2017. Le statu quo sine avait été atteint entre 8 et 12 semaines après le sinistre, et les troubles et l'opération du 12 mai 2017 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 14 janvier 2017.

11. Par décision du 9 janvier 2018, l'assurance a mis un terme à ses prestations au 8 avril 2017, au motif que les lésions du genou gauche ayant justifié l'intervention du 12 mai 2017 n'avaient pas été causées par l'accident du 14 janvier 2017, lequel avait seulement décompensé les lésions préexistantes durant une période de 8 à 12 semaines.
12. Le 17 janvier 2018, l'assurée a contesté cette décision et allégué qu'elle skiait depuis toujours de manière très intensive, qu'elle était monitrice, qu'elle pratiquait différents sports durant toute l'année et qu'elle n'avait plus eu aucun accident depuis sa déchirure de ligaments en 1998. Le 14 janvier 2017, suite à une chute et un choc engendré par un skieur qui lui avait coupé la route, elle s'était blessée au ligament et au ménisque.
13. Par courrier du 17 mai 2018, l'assurée, représentée par un mandataire, a complété son opposition. Elle a relevé que son chirurgien avait conclu que la déchirure du ménisque avait été causée par l'accident du 14 janvier 2017 et que c'était bien cette atteinte qui avait justifié l'opération de mai 2017. Sans la lésion méniscale causée par ce sinistre, aucune intervention sur le ligament croisé antérieur n'aurait été nécessaire, de sorte que l'accident apparaissait comme la cause sine qua non de la survenance du dommage. Il incombait à l'assurance de prendre en charge les frais de traitement y relatifs, étant relevé que les prestations pour soins n'étaient pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'était que partiellement imputable à l'accident. L'appréciation du médecin-conseil étant contestée par les spécialistes qu'elle avait consultés, il se justifiait à tout le moins de mettre en œuvre une expertise indépendante avant de statuer sur son droit aux prestations. En outre, l'assurance lui avait confirmé le 24 mai 2017, la prise en charge du cas, sans aucune réserve quant à la causalité, de sorte que sa bonne foi devait être protégée.

L'assurée a annexé un questionnaire auquel avait répondu à sa demande, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, en date du 19 mars 2018. Ce médecin a indiqué qu'il avait été consulté par la patiente les 15 mars et 29 juin 2017 et le 6 mars 2018, parallèlement au Prof. F_____. L'intéressée avait subi un accident de ski le 14 janvier 2017, avec une chute et une entorse incontrôlée du genou gauche, provoquant des douleurs subites médiales et un épanchement. Les diagnostics retenus étaient une entorse grave du genou gauche avec une déchirure verticale du ménisque médial et un status après une plastie du ligament croisé antérieur en 1998, avec une probable déchirure partielle en 2011 traitée conservativement, sans séquelle d'instabilité ou limitation, ainsi qu'une laxité antérieure nouvelle en 2017. La déchirure du ménisque médial était absente avant le sinistre. Bien qu'en présence d'un genou opéré précédemment et d'un ligament croisé antérieur possiblement partiellement instable, l'assurée avait

fonctionné sans limitation pendant plus de 6 ans et il apparaissait évident que la lésion méniscale était nouvelle et subitement problématique. Le lien de causalité entre l'accident de 2017 et la lésion méniscale médiale verticale oblique était quasi certain, étant relevé qu'une lésion horizontale dégénérative n'aurait évidemment pas été identique. Compte tenu de la situation accidentelle, des plaintes avec une douleur médiale et un gonflement nouveau du genou, ainsi qu'une clinique évocatrice d'une lésion du ménisque interne, la situation semblait bien concerner une lésion traumatique. Le statu quo n'était actuellement pas encore atteint, étant précisé qu'en plus de l'entorse globale du genou, la lésion méniscale ralentissait la récupération, tout comme la nouvelle plastie du ligament croisé. L'atteinte présentée par sa patiente ne pouvait pas être due à une maladie, notamment à une pathologie dégénérative, ni à un autre événement que celui du 14 janvier 2017. La lésion du ligament croisé antérieur était effectivement plutôt liée à un ancien accident, mais évidemment pas à un problème de maladie. Cette lésion avait probablement occasionné un genou partiellement instable, mais il était fonctionnel durant les 6 ans précédant l'accident de janvier 2017. Dans ces circonstances, le caractère purement maladif ou dégénératif de la situation actuelle semblait peu manifeste et la lésion méniscale semblait bien d'allure traumatique nouvelle. L'assurée avait décrit un probable événement de rupture partielle du ligament croisé antérieur en 2011 pour lequel aucune opération n'avait été effectuée, selon l'avis du docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport d'IRM de mars 2017 révélait une lésion dudit ligament, ancienne et difficile à dater. À son avis, la problématique se situait dans le diagnostic de départ, qui était une entorse grave du genou avec une lésion du ménisque interne. Une fois qu'il avait été décidé d'intervenir sur cette lésion, il apparaissait évident et nécessaire d'effectuer dans le même temps opératoire une stabilisation du genou avec une nouvelle plastie du ligament croisé antérieur, faute de quoi il s'agirait d'une erreur de prise en charge.

14. Interpellé par l'assurance, le Dr I_____ a répondu à un questionnaire de l'assurance le 11 octobre 2018. Il en ressort que l'assurée avait bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur gauche en 1998, dont les suites post-opératoires et l'évolution avaient été parfaitement favorables. L'intéressée avait repris ses activités professionnelles et sportives. Il avait été consulté pour la première fois le 22 août 2011. La patiente avait alors fait état d'une chute à ski en février 2011 ayant entraîné une entorse grave du genou gauche. Il l'avait donc examinée 6 mois après le sinistre et son examen clinique avait mis en évidence une instabilité antéro-postérieure et un ressaut compatible avec une nouvelle rupture du ligament croisé antérieur. Il avait complété le bilan par une IRM réalisée le 15 août 2011 qui avait confirmé une nouvelle rupture du ligament croisé antérieur gauche. Il avait dans un premier temps proposé un traitement conservateur et une reconstruction du ligament en cas d'instabilité, et l'opération avait été programmée le 25 avril 2012, mais reportée pour des questions d'assurance. Par la suite, la prise en charge avait été assurée par le Prof. F_____. Il avait revu la patiente le

7 février 2013, suite à un accident survenu le 31 janvier 2013, au cours duquel elle s'était réceptionnée en appui/rotation sur le membre inférieur gauche, événement compatible avec une nouvelle entorse grave du genou.

15. Le 20 novembre 2018, l'assurance a demandé au Dr G_____ de se prononcer à nouveau sur le dossier de l'assurée et lui a notamment communiqué :

- la déclaration d'accident non datée, mentionnant que l'intéressée était descendue d'une petite chaise le 31 janvier 2013 « en sautant » et était « mal tombée sur le genou gauche qui a craqué très fortement » ; la douleur avait été très intense pendant 3 à 5 minutes, puis s'était estompée, mais le genou était resté sensible ;
- le rapport médical initial du 22 avril 2013 du Dr I_____, aux termes duquel il avait été consulté le 7 février 2013 par l'assurée qui relatait une entorse du genou gauche ; il a rappelé les antécédents de plastie du ligament croisé antérieur gauche réalisée en 1998 et de rupture de celle-ci en 2011 ; lors de son examen, il avait constaté une instabilité et retenu le diagnostic de rupture de ligament croisé antérieur gauche ; une reconstruction dudit ligament était préconisée ;
- plusieurs documents d'imagerie, dont deux radiographies de 1988, deux cassettes VHS de mai et septembre 1998, des IRM du genou d'août 2011, de mars et de mai 2017.

16. En date du 27 novembre 2018, le Dr G_____ a rendu son rapport, rédigé en allemand. Selon la traduction libre des services de l'assurance, le médecin-conseil a retenu les diagnostics d'instabilité chronique du genou gauche du fait d'une lésion du greffon du ligament croisé antérieur du genou gauche et d'une lésion de la corne postérieure du ménisque médial suite à une plastie du ligament croisé antérieur en 1998, une entorse sévère du genou gauche après une chute en ski en février 2011, une entorse sévère du genou gauche après être tombée d'une chaise le 31 janvier 2013 et une entorse sévère en faisant du ski le 14 janvier 2017. Après examen des pièces complémentaires et des documents d'imagerie, le médecin-conseil a estimé qu'il n'y avait « pas de relation particulièrement probable » entre l'événement du 14 janvier 2017 et les atteintes qui avaient conduit à l'opération du 12 mai 2017. En effet, s'agissant de la rupture de la plastie du ligament croisé antérieur, la stabilité n'avait pas pu être complètement rétablie suite à l'événement de 2011 puisque le Dr I_____ avait recommandé en 2012 une nouvelle chirurgie de reconstruction qui n'avait pas eu lieu. Cependant, il était clair que l'assurée était parvenue à stabiliser suffisamment sur le plan musculaire l'articulation de son genou pour être en mesure de reprendre des activités sportives malgré la rupture de son ligament croisé. De même, après le traumatisme de 2013, le Dr I_____ avait maintenu sa recommandation de reconstruction ligamentaire. Le dossier, semble-t-il repris par le Dr F_____, ne contenait toutefois aucune pièce quant à la suite du traitement. En outre, la comparaison des IRM de 2011 et 2017 montrait des constats

identiques concernant le greffon du ligament croisé, et le Dr D_____ avait noté qu'il s'agissait d'une rupture ancienne de la plastie. Ce n'était donc pas une nouvelle rupture survenue uniquement du fait du traumatisme du 14 janvier 2017. De ce fait, il n'était pas d'accord avec l'évaluation du Dr H_____ selon laquelle le retour d'instabilité serait intervenu en 2017. Il y avait plutôt déjà une instabilité chronique du genou gauche liée à l'événement de 2011 avec une diminution de la résistance et une augmentation du risque de blessure dans le cadre d'efforts physiques. Lors de la première opération, le greffon avait été mal placé, ce qui avait entraîné un défaut d'isométrie et par la même un risque accru de nouvelle rupture du greffon. Ce mauvais positionnement avait été documenté sur le plan radiologique et corrigé dans le cadre de l'opération chirurgicale de 2017. En conclusion, concernant l'événement du 14 janvier 2017, il existait un problème antérieur au niveau du ligament croisé antérieur que l'on pouvait attribuer à l'incident de 2011 et à la première opération de 1998. Quant à la lésion du ménisque médial, il n'existait pas de lien évident avec l'accident de 2017. En effet, on pouvait observer sur les images de l'IRM de 2011 une lésion du ménisque proche de la base au niveau de la corne postérieure, soit la zone refixée pendant l'opération. Une aggravation sévère de l'état du ménisque due à l'événement du 14 janvier 2017 n'était pas constatée à l'imagerie par rapport aux clichés de 2011. L'assurée connaissait bien les symptômes de son genou gauche en raison d'accidents répétés et une lésion récente du ménisque entraînait d'autres symptômes que les problèmes connus et préexistants. Étant donné la modification des symptômes lors d'une lésion aiguë du ménisque avec un gonflement aigu du genou et des douleurs correspondantes, l'assurée n'aurait pas attendu plusieurs semaines pour consulter un médecin après le traumatisme du 14 janvier 2017. Elle serait allée voir immédiatement un médecin en cas de blessure récente du ménisque. Il semblait donc que les symptômes ne s'étaient pas significativement aggravés après l'événement du 14 janvier 2017. Il était ainsi d'avis que la lésion méniscale au niveau de la corne postérieure avec une déchirure complexe verticale et longitudinale, sans lambeau, ne pouvait pas être reliée avec une forte probabilité à l'événement du 14 janvier 2017, mais bien à l'entorse sévère due à la chute de 2011 et à la rupture du greffon du ligament croisé.

17. En date du 23 mai 2019, l'assurée a notamment rappelé la divergence d'opinion entre les Drs G_____ et H_____.
18. Par décision sur opposition du 7 août 2019, l'assurance a confirmé sa décision du 9 janvier 2018, au motif que le Dr G_____ avait démontré, par une comparaison des images d'IRM de 2011 et 2017, que l'état du genou gauche n'avait pas connu d'aggravation. En outre, le Dr I_____ avait indiqué en 2011 déjà une instabilité et prévu une intervention, laquelle avait été annulée en raison d'un problème d'assurance. Une analyse de la lésion corporelle selon la liste des lésions assimilées était dès lors superflue, le médecin-conseil ayant démontré que les lésions, soit la déchirure du ligament croisé antérieur et du ménisque médial, étaient préexistantes

à l'événement du 14 janvier 2017 et devaient être attribuées selon la vraisemblance prépondérante, voire la certitude, à l'événement de février 2011. Enfin, il ne s'agissait en l'occurrence ni d'une rechute ni de séquelles tardives puisque l'origine des lésions présentes était attribuable à l'événement de février 2011 et non pas à ceux survenus ultérieurement, qui n'avaient que décompensé momentanément une situation déjà existante. Partant, elle avait mis fin à juste titre à son intervention au 8 avril 2017, faute de lien de causalité suffisant avec l'événement assuré.

19. Par acte du 13 septembre 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 7 août 2019, reçue le 9 août 2019. La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et l'interpellation du Dr F_____, et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à la poursuite du versement des prestations au-delà du 8 avril 2017. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

La recourante a fait valoir qu'elle avait subi une déchirure du ménisque à la suite de l'événement du 14 janvier 2017, soit une lésion assimilée qui relevait de l'assurance-accidents, ce qui n'avait d'ailleurs pas été contesté par l'intimée qui avait pris en charge les conséquences de l'accident jusqu'au 8 avril 2017. S'agissant du rapport de causalité et du statu quo sine, le Dr G_____ était le seul médecin à estimer que l'événement de 2011 aurait entraîné une rupture du ménisque, étant rappelé les avis contraires des Drs I_____ et H_____. L'appréciation du médecin-conseil ne permettait de toute façon pas d'établir un lien de causalité exclusif avec l'événement de 2011, comme exigé par la jurisprudence en cas de lésion assimilée, car son rapport ne prouvait pas une « rupture manifeste » du lien de causalité entre l'événement de 2017 et la lésion méniscale consécutive à l'événement. Il relevait simplement qu'il y aurait plus de probabilité pour que la déchirure du ménisque soit consécutive à l'événement de 2011. Or, l'existence du statu quo sine ne saurait être fondée sur la vraisemblance prépondérante, mais devait être démontrée. De plus, on comprenait mal comment le médecin-conseil pouvait établir un lien de causalité prépondérant avec l'événement de 2011 et non celui de 2013. Certes, le Dr I_____ avait indiqué qu'il avait programmé une intervention chirurgicale en 2012, mais une lésion similaire s'était reproduite en 2013, alors qu'elle était déjà assurée auprès de l'intimée. Ainsi, si le sinistre de 2011 avait encore eu des séquelles, elle aurait pu tenter de les faire prendre en charge suite à l'accident de 2013, ce qui n'avait pas été le cas. Cet élément démontrait que son genou ne présentait plus aucune séquelle consécutive à l'événement de 2011 lorsqu'elle avait eu son accident en 2017. En outre, l'avis du médecin-conseil avait été contesté par les Drs H_____ et F_____ qui avaient confirmé le lien de causalité entre l'accident de 2017 et la nécessité d'effectuer l'intervention de mai 2017. Compte tenu de ces avis contradictoires, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise indépendante, ce qu'elle n'avait pas fait malgré ses demandes.

À supposer que l'intimée soit à même de démontrer que les séquelles présentées au-delà du 8 avril 2017 étaient consécutives à un événement antérieur, la prise en charge du traitement devrait être examinée sous l'angle des dispositions applicables en cas de rechutes et de séquelles tardives. L'intimée n'avait avancé aucun argument pour expliquer les raisons pour lesquelles l'accident de 2013 n'entrerait pas en ligne de compte, question qui avait été insuffisamment instruite et motivée.

Enfin, la recourante a affirmé qu'elle n'avait appris l'existence du courrier de l'intimée du 20 avril 2017 que lorsque l'intégralité du dossier lui avait été communiquée en 2018. Avant d'être hospitalisée, elle avait reçu une confirmation de prise en charge sans aucune réserve. Ni l'intimée ni la Clinique ne l'avaient avertie que l'intervention programmée ne bénéficiait pas encore de la garantie. Le fait d'avoir d'abord indiqué à la Clinique qu'il n'était pas encore possible de confirmer la prise en charge de l'intervention puis de lui avoir confirmé à elle 7 jours plus tard que ses frais de traitement seraient couverts, était de nature à induire en erreur les parties. Ainsi, l'intimée devait dans tous les cas prendre en charge l'intervention du 12 mai 2017 en vertu du principe de la protection de la bonne foi.

20. Dans sa réponse du 29 novembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 7 août 2019.

S'agissant du sinistre de 2013, il avait été pris en charge un cas bagatelle, sans investigation complémentaire au vu de l'absence d'incapacité de travail et de l'unique consultation médicale qu'il avait nécessitée. Compte tenu de la description de cet événement, il y avait lieu de considérer qu'il ne s'était rien produit de particulier d'origine externe qui aurait excédé la norme des gestes et efforts courants de la vie quotidienne. Il n'y avait donc pas à retenir l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire ou inhabituel dans ce contexte. De plus, le Dr I_____ avait indiqué que la recourante présentait une instabilité du genou en raison de la rupture de la plastie du ligament croisé antérieur gauche à la suite d'un accident de février 2011 et précisé que l'IRM du 15 août 2011 avait mis en exergue la rupture de ladite plastie. Il était donc clair que l'événement du 31 janvier 2013 n'avait entraîné aucune lésion assimilée, la rupture de la plastie du ligament antérieur du genou gauche était une lésion datant d'une époque antérieure. Le lâchage du genou était à mettre exclusivement sur le compte de l'instabilité préexistante dudit genou. Aucune investigation supplémentaire n'ayant été faite à la suite de cet événement, aucune lésion de la liste n'avait été objectivée. Par conséquent, il ne s'agissait pas non plus d'une lésion assimilée à un accident.

Concernant l'événement du 14 janvier 2017, l'intimée se référait à l'appréciation de son médecin-conseil, jointe en annexe, aux termes de laquelle il y avait lieu de conclure que la déchirure méniscale mise en évidence à l'IRM du 3 mars 2017 ne pouvait avoir été causée par l'accident du 14 janvier 2017. Son origine était, au degré de la vraisemblance prépondérante, due à l'usure.

L'intimée a cité la recommandation de la Commission ad hoc des sinistres LAA n°01/2017, applicable lorsqu'il s'agissait de déterminer quel assureur était compétent en cas de rechute ou de séquelles tardives, et conclu qu'elle ne devait pas prendre en charge les frais relatifs à l'intervention de 2017.

Enfin, elle ne s'était aucunement engagée à prendre en charge l'opération du 12 mai 2017. Au surplus, l'assureur-accidents pouvait mettre fin aux prestations temporaires avec effet ex nunc et pro futuro sans invoquer un motif de révision ou de reconsidération. Une telle suppression pouvait également être rétroactive, si, comme dans le cas présent, l'assureur-accidents ne souhaitait pas demander le remboursement des prestations.

Dans son rapport du 26 novembre 2019, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de l'intimée, a relevé que le dossier médical de la recourante mettait en évidence que la plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche réalisée en 1998 était rompue depuis 2011, et que la prise en charge proposée par le Dr I_____ avait été refusée. La mauvaise réception au sol en 2013 n'était pas surprenante puisque ledit ligament était insuffisant depuis 2011. Quant au sinistre de 2017, il était tout à fait possible que la recourante ait pu skier sans grande difficulté, même avec un genou instable, puisque le genou était en légère flexion et stabilisé par une bonne musculature de la cuisse. Probablement, la recourante était une bonne skieuse qui prenait soin de son genou blessé et en tenait compte dans son quotidien et lors de la pratique du sport. L'IRM du 15 août 2011 montrait une lésion horizontale et légèrement oblique de la corne postérieure du ménisque interne, mais non pas une déchirure, car elle ne s'étendait pas jusqu'à la surface du ménisque. À l'examen du 3 mars 2017, une nouvelle lésion méniscale postéro-interne était mise en évidence, car il s'agissait d'une déchirure relativement périphérique verticale atteignant la surface du ménisque. Le médecin-conseil a exposé qu'à la suite d'une déchirure du ligament croisé antérieur, le genou était stabilisé par les structures méniscales et ligamentaires périphériques. Cela entraînait, avec les années qui s'écoulaient, des surcharges sur ces structures qui s'efforçaient de stabiliser le genou en prenant le rôle d'un ligament croisé antérieur, qui était ici insuffisant et ce n'était pas la fonction naturelle et attendue des ménisques. Progressivement, des lésions ou des déchirures des ménisques apparaissaient et ceci était tout à fait connu, raison pour laquelle les déchirures du ligament croisé antérieur étaient en principes opérées. Malheureusement, dans le cas de la recourante, cette intervention n'avait été réalisée qu'après 6 ans d'évolution. Le kyste de Baker décrit à l'IRM de mars 2017 était une conséquence de la déchirure du ménisque interne avec un écoulement de liquide synovial à travers cette déchirure jusqu'à la capsule articulaire postérieure qui faisait protrusion et donnait ainsi naissance au kyste de Baker. Un tel kyste ne pouvait pas se développer sur une déchirure qui ne remontait qu'au 14 janvier 2017, ce qui démontrait que la déchirure était antérieure audit incident. En conclusion, la lésion mise en évidence à l'IRM du 3 mars 2017 ne pouvait en

aucun cas être en rapport de causalité avec l'événement du 14 janvier 2017, ni même avec celui du 31 janvier 2013, avec une unique consultation le 7 février 2013, au cours de laquelle le Dr I_____ avait confirmé l'insuffisance du ligament croisé antérieur et la nécessité d'une reconstruction de ce ligament, sans suspecter cliniquement de déchirures méniscales. Cette dernière était secondaire à une insuffisance du ligament croisé antérieur que le ménisque concerné s'était efforcé de stabiliser pendant plusieurs années jusqu'à sa déchirure.

L'intimée a en outre communiqué à la chambre de céans son dossier relatif au sinistre de 2013, lequel comporte, entre autres ;

- un courrier du 10 juin 2013 par lequel elle avait informé la recourante qu'elle renonçait à investiguer sur la notion d'accident ou de lésion assimilée à un accident compte tenu de l'absence d'incapacité de travail et de frais de guérison importants ; les frais de traitement lui seraient donc remboursés, sans reconnaissance toutefois d'une quelconque obligation.

Son dossier comprend également des pièces relatives au sinistre de 2011, dont :

- la déclaration d'accident-bagatelles datée du 21 septembre 2011 de la SUVA, mentionnant que la recourante s'était blessée au genou gauche en glissant dans sa cuisine et qu'elle n'était pas allée chez le médecin avant août 2011 ;
- une demande de garantie d'hospitalisation du 13 mars 2012 pour une entrée en clinique le 25 avril 2012 ;
- un courrier du 14 mars 2012 par lequel la SUVA avait informé l'intéressée qu'elle n'était pas assurée auprès d'elle lors de l'événement en question, de sorte que l'assurance avait cessé de produire ses effets le jour où l'accident du 25 avril 2011 était survenu ;
- un courrier que le Dr I_____ avait adressé à une consœur en mars 2012, suite à un examen de la recourante au cours duquel il avait constaté cliniquement un genou instable ; en revanche, il n'avait pas observé d'épanchement ni de signe méniscal ; dans un premier temps, il avait proposé à l'intéressée un reconditionnement musculaire visant à mieux verrouiller son genou, mais ce dernier était resté symptomatique à la reprise de diverses activités sportives depuis le début 2012, sous forme d'une instabilité en relation avec le ligament croisé antérieur incontinent ; il lui avait donc proposé une nouvelle plastie ligamentaire, programmée le 25 avril 2012.

21. Dans sa réplique du 11 février 2020, la recourante a modifié ses conclusions et sollicité que la décision litigieuse soit réformée en ce sens que l'intimée poursuivait le versement des prestations prévues au-delà du 8 avril 2017.

Concernant l'événement du 31 janvier 2013, elle a soutenu que le fait de tomber d'une chaise sur son genou gauche constituait un facteur extérieur extraordinaire. Certes, l'intimée avait précisé qu'elle renonçait à instruire le cas plus amplement au vu de la faible valeur litigieuse. Cela étant, cette mention pouvait tout au plus

réserver ses éventuelles prétentions ultérieures si de nouveaux éléments susceptibles de modifier l'appréciation du risque étaient découverts, tels que des lésions dégénératives préexistantes. Pour le surplus, elle ne voyait pas en quoi l'avis du Dr I_____ de 2018 concernant l'accident de 2017 permettrait de prendre position sur l'événement de 2013, suite auquel aucune IRM n'avait été réalisée. On ne connaissait donc pas exactement les lésions consécutives à ce sinistre. Quoi qu'il en soit, l'avis du Dr I_____ était contesté par les Drs H_____ et F_____.

S'agissant de l'accident du 14 janvier 2017, le Dr J_____ avait retenu que la déchirure serait due à l'usure et serait donc d'origine malade. Ce nouvel avis contredisait celui du Dr G_____ qui confirmait l'origine accidentelle de la lésion méniscale, mais qui la rattachait plutôt à l'événement de 2011. Le fait que l'intimée proposait un nouveau rapport, en contradiction avec l'avis de son propre médecin-conseil, plaidait à nouveau pour la mise en place d'une expertise. Il apparaissait en effet nécessaire d'éclaircir la question du lien de causalité entre la déchirure méniscale et le sinistre de 2017 pour déterminer s'il y avait ou non lésion assimilée. À ce sujet, les pièces médicales relatives à l'accident de 1998 qu'elle venait de retrouver pourraient également être utiles.

Se référant au n° 3.1.3 de la recommandation de la Commission ad hoc citée par l'intimée et relative à la collision entre un état antérieur assuré et un nouvel événement assuré, la recourante a relevé que lorsque deux événements accidentels séparés influent l'un sur l'autre, notamment lorsque les séquelles d'un accident antérieur entraînent un nouvel accident ou vice-versa, soit en cas d'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante par la survenance d'un nouvel accident, c'était le nouvel assureur qui devait prendre en charge le cas si le nouvel accident était couvert en LAA. Cette obligation prenait fin lorsque le nouvel accident ne constituait plus la cause principale de l'atteinte à la santé préexistante, soit lorsque les prestations auraient de toute façon atteint leur terme s'il n'y avait pas eu d'accident auparavant. Même si l'on devait admettre que son ménisque avait été endommagé à la suite d'un précédent accident, que ce soit en 1998, 2011 ou 2013, l'intimée devrait tout de même prendre en charge la déchirure du ménisque survenue suite à l'accident de 2017.

Enfin, elle pouvait de bonne foi penser, suite au courrier du 27 avril 2017, que son opération serait couverte. La lettre du 24 mai 2017 avait été envoyée après l'intervention et surtout après qu'une confirmation de prise en charge lui avait été envoyée. En outre, le contenu de cette lettre ne permettait pas à une personne non rompue aux assurances sociales de noter qu'un problème de couverture risquait de se poser. La jurisprudence citée par l'intimée n'était pas pertinente puisqu'elle n'autorisait aucunement les assureurs à revenir sur la prise en charge d'un traitement pour lequel une garantie avait été donnée et qui avait été exécuté.

22. La recourante a adressé à la chambre de céans des pièces relatives à son accident de 1998. Après examen de ces documents, le Dr H_____ avait confirmé qu'ils attestent d'un état intact du ménisque après la fin du traitement de l'accident de

1998. L'intimée aurait donc pu instruire plus amplement le cas et les conclusions du Dr G_____, selon lesquelles il existait un défaut d'isométrie et une instabilité depuis 1998, étaient erronées.

Elle a notamment annexé à sa missive :

- la déclaration d'accident du 27 mars 1998 relative à l'accident de ski du 14 mars 1998 ;
- un rapport suite à une IRM réalisée le 6 avril 1998 ayant révélé un épanchement articulaire modéré, une déchirure du ligament croisé antérieur et de l'insertion proximale du ligament latéral interne, une contusion osseuse étendue au niveau du bord postérieur de plateau tibial interne et externe ; il n'y avait pas d'évidence d'une lésion au niveau des ménisques ;
- le protocole d'arthroscopie du 25 mai 1998 suite à l'intervention chirurgicale du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en raison d'une rupture du ligament croisé antérieur et une instabilité fonctionnelle ;
- un rapport du docteur L_____, chirurgien FMH, suite à une consultation de la recourante le 31 août 1998 pour deuxième avis ; la flexion était bloquée à 90° et la rotule était basse et on pouvait constater que le point d'implantation de la greffe, visible en projection, du condyle externe était certainement très antérieur ; une nouvelle intervention était évoquée ;
- le protocole d'arthroscopie du 18 septembre 1998 relatant un déficit de flexion persistant avec des mesures à 0/100° ; la greffe du ligament croisé antérieur était fonctionnelle, mais il persistait un reste de moignon dudit ligament bloqué dans l'interligne externe ; il existait en outre une légère chondromalacie du plateau externe du tibia et une synovite réactionnelle et de multiples brides fibreuses ; la chirurgie avait consisté en une synovectomie partielle et une résection des brides précitées et une réduction du reste du moignon du ligament croisé antérieur ;
- un rapport du Dr K_____ du 11 novembre 1998 faisant état d'une nette amélioration de la fonction du genou gauche, avec une extension/flexion de 0-3-130°, mais la persistance des douleurs résiduelles dans le poplité ;
- un rapport du Dr K_____ du 4 mars 1999 faisant état d'une nette amélioration de la mobilisation du genou gauche, avec une extension/flexion de 0-3-130°, mais la persistance des douleurs résiduelles au niveau de la bourse séreuse ; la stabilité ligamentaire était sans particularité.

Elle a également communiqué un rapport du Dr H_____ du 13 mars 2020, confirmant que selon lui, la situation accidentelle de 2017 avait provoqué une nouvelle lésion du ménisque interne, sous forme d'une déchirure oblique qui était bien en lien de causalité avec l'accident mentionné, ainsi qu'une laxité antérieure sur une déchirure nouvelle ou surajoutée du ligament croisé. Les documents médicaux nouveaux venaient confirmer qu'en 1998, aussi bien sur une IRM qu'une

arthroscopie de ce genou, le ménisque interne était décrit comme strictement intacte, en l'absence d'une quelconque lésion post-traumatique à l'époque. De ce fait, il lui paraissait difficile d'affirmer, comme le faisait l'intimée, que la déchirure du ménisque médial était consécutive à une insuffisance du ligament croisé antérieur. Même s'il existait une possibilité de compensation du ménisque interne quant à un genou partiellement instable, la patiente n'avait pas eu de problématique liée à ce genou depuis plusieurs années avant l'accident de 2017. L'événement traumatique nouveau avait alors déclenché à la fois une symptomatologie nouvelle, une clinique de déchirure méniscale et d'instabilité ligamentaire franche nouvelle, qui avait été confirmée par les examens puis par l'arthroscopie et la chirurgie effectuées récemment. Selon lui, cette situation de déchirure méniscale en 2017 était bien accidentelle, dans le cadre d'un ligament croisé antérieur possiblement anciennement distendu, mais d'une situation encore fonctionnelle, ayant permis à la patiente d'effectuer de nombreuses activités sans problème avant ce nouvel accident. Une fois la décision d'opération du ménisque interne prise, il était alors nécessaire de pratiquer une nouvelle plastie dudit ligament, sans quoi une quelconque chirurgie du ménisque interne, en particulier une suture, n'aurait pas pu avoir un résultat favorable et positif.

23. Par duplique du 22 mai 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Elle a maintenu que l'événement du 31 janvier 2013 ne saurait être considéré comme un accident en l'absence d'un fait extérieur extraordinaire. La déclaration d'accident du 6 février 2013 et le rapport du Dr I_____ ne mentionnaient ni chute ni traumatisme direct sur le genou gauche. Pour le surplus, aucune lésion corporelle assimilée à un accident n'avait été mise en évidence suite à cet événement.

S'agissant du sinistre du 14 janvier 2017, le Dr H_____ avait noté une probable déchirure partielle de la plastie, alors que cette dernière avait été confirmée par l'IRM du 15 juillet 2011. En outre, l'appréciation de ce médecin était fondée uniquement sur les dires de la recourante, ce qui démontrait qu'il n'avait pas examiné les images, contrairement au Dr J_____. Son rapport n'était donc pas probant. L'anamnèse attestait que la recourante avait eu plusieurs épisodes de lâchage au niveau de son genou gauche et qu'il était instable depuis la chute à ski en février 2011 qui avait entraîné une rupture de la plastie du ligament croisé antérieur. Le Dr J_____ avait expliqué que la déchirure méniscale mise en évidence à l'IRM du 3 mars 2017 était secondaire à une insuffisance du ligament croisé antérieur et plus précisément que le ménisque concerné s'était efforcé de stabiliser le genou pendant plusieurs années jusqu'à sa déchirure. Il s'agissait donc d'une évolution normale d'un genou insuffisant. Le médecin-conseil avait confirmé son appréciation après avoir pris connaissance des pièces de l'événement de 1998. Tout comme le Dr G_____, il estimait qu'il s'agissait d'une suite d'une instabilité du genou remontant à 2011, voire 1998, raison pour laquelle le terme d'usure avait été utilisé. Par surabondance, il était relevé qu'aucune investigation n'avait été jugée nécessaire suite à l'événement du 31 janvier 2013, alors qu'une intervention

pour stabiliser le genou avait été prévue à la suite de l'entorse de février 2011. Ceci démontrait que la déchirure s'était progressivement installée et la présence d'un kyste au creux poplité prouvait que la déchirure du ménisque était présente avant l'événement du 14 janvier 2017. La causalité naturelle avec l'accident de 2017 était donc niée, au degré de la vraisemblance prépondérante. La cause de la déchirure méniscale n'était pas le sinistre du 14 janvier 2017, de sorte que sa responsabilité n'était pas engagée selon les règles applicables en cas de pluralités d'accidents. Enfin, elle avait interrogé la recourante sur l'accident de 1998, mais celle-ci avait répondu qu'elle n'avait aucun dossier et ne pouvait dès lors pas répondre aux questions posées.

L'intimée a joint un avis du 18 mai 2020 du Dr J_____, invité à se prononcer sur les rapports relatifs à l'accident de 1998. Le médecin-conseil a relevé que le premier médecin consulté avait suspecté une déchirure du ménisque interne lors de son examen du 14 mars 1998, lésion qui n'avait pas été confirmée suite à une IRM du 6 avril 1998. Il s'agissait d'une sérieuse distorsion du genou avec une déchirure proximale du ligament croisé antérieur, de l'insertion proximale du ligament latéral interne et d'une contusion osseuse étendue des plateaux tibiaux. Les suites de l'intervention du 25 mai 1998 avaient été compliquées avec une limitation de la flexion, laquelle avait été expliquée par une mauvaise position du ligament croisé antérieur, trop antérieure au condyle fémoral externe. Une nouvelle intervention avait été pratiquée le 18 septembre 1998 au cours de laquelle une chondromalacie du plateau tibial externe avait été constatée. Malheureusement, l'évolution non sans complication aurait dû amener le chirurgien à réaliser un nouvel examen IRM, qu'il n'avait toutefois pas jugé indiqué. Une analyse de ces pièces permettait de conclure que la distorsion du genou gauche en 1998 allait laisser des séquelles, soit des douleurs résiduelles, un enraidissement, un mauvais positionnement de plastie qui allait soit se distendre, soit se déchirer, donc entraîner une instabilité secondaire qui allait être compensée par les structures méniscales et ligamentaires péri-méniscales, jusqu'à leur rupture. Cela confirmait donc son appréciation du 26 novembre 2019.

24. Par courrier du 30 juin 2020, la recourante a relevé que l'intimée ne l'avait jamais informée que son dossier médical de 1998 pouvait être retrouvé grâce au nom de son employeur de l'époque. L'instruction insuffisante du cas ne pouvait donc lui être reprochée.
25. Copie de cette écriture a été communiquée le 2 juillet 2020 à l'intimée qui n'a pas réagi.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

Compte tenu de cette suspension, le recours du 13 septembre 2019 contre la décision sur opposition du 7 août 2019 est recevable.

5. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 8 avril 2017, singulièrement sur la question de savoir si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec l'accident du 14 janvier 2017.

Subsidiairement, il porte sur le devoir de l'intimée de prendre en charge les atteintes après le 8 avril 2017, à titre de rechute ou de séquelles tardives de l'événement du 31 janvier 2013, voire de celui de février 2011 ou encore de 1998.

6. 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.

Conformément à 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.

b. 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 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117). 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).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

c. 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 lien de causalité naturelle est réalisé 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.

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).

d. 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).

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

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement

imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

Ainsi, la présomption légale du droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA ne peut être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La notion de lésions corporelles qui sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie au sens de l'art. 6 al. 2 LAA doit être comprise comme étant dues à plus de 50% à l'usure ou à la maladie. S'il est établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, l'état dégénératif ou maladif est prépondérant (à plus de 50%), l'assureur n'intervient pas (ou plus) bien que l'accident soit (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé (ATAS/747/2019 du 22 août 2019).

8. 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 (cf. 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 (cf. 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).

9. 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).

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

b. 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).

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).

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).

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

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 ; 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).

10. 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).

11. 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).
12. a. En l'espèce, par décision du 9 janvier 2018, confirmée sur opposition le 7 août 2019, l'intimée a mis fin à ses prestations avec effet au 8 avril 2017, refusant ainsi de prendre en charge l'intervention du 12 mai 2017. Elle a donc reconnu la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et pris en charge les prestations de soins consécutives à cet événement jusqu'au retour au statu quo sine, fixé au 8 avril 2017. En d'autres termes, elle a considéré que le sinistre assuré avait uniquement causé une aggravation passagère d'un état antérieur et que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient plus dus à l'accident du 14 janvier 2017. Cette appréciation était basée sur les rapports du Dr G_____ qui avait estimé que la recourante souffrait d'une instabilité chronique du genou gauche bien avant la nouvelle entorse sévère du 14 janvier 2017, et que les déchirures du ligament croisé antérieur et du ménisque médial mises en évidence le 3 mars 2017 étaient préexistantes à l'événement assuré et en rapport de causalité avec le sinistre de février 2011. Le médecin-conseil avait notamment exclu une aggravation sévère de l'état du ménisque due à l'événement déclaré en 2017.

Devant la chambre de céans, l'intimée a en outre invoqué l'absence de tout événement accidentel ou de toute lésion assimilée lors de l'incident de 2013. Elle a produit des rapports du Dr J_____ qui a confirmé l'absence de causalité entre les troubles constatés à l'IRM du 3 mars 2017 et les accidents de 2017 et 2013. Ce médecin a considéré que la distorsion du genou gauche de 1998 avait entraîné une instabilité secondaire qui avait été compensée par les structures méniscales et ligamentaires jusqu'à leurs ruptures.

b. La recourante pour sa part se réfère aux rapports des Drs F_____ et H_____ et soutient que l'accident du 14 janvier 2017 a provoqué la lésion qui a justifié l'opération du 12 mai 2017.

Elle fait également valoir que, même s'il fallait considérer que la déchirure du ménisque était antérieure à l'accident de janvier 2017, elle devrait de toute façon être prise en charge par l'intimée, que ce soit au titre d'une rechute ou de séquelles tardives de l'événement de 2013 ou des principes régissant une collision entre un état antérieur assuré, en l'occurrence celui de 2011, et un nouvel événement assuré.

13. a. La chambre de céans relève tout d'abord qu'aucun élément ne permet de douter des déclarations de la recourante relatives aux circonstances du sinistre du 14 janvier 2017, à savoir qu'elle s'est blessée au genou gauche en skiant, après avoir brusquement changé de direction pour éviter d'entrer en collision avec un skieur qui lui avait coupé la route. L'intimée ne remet d'ailleurs pas en cause cette version des faits.

Compte tenu du déroulement non programmé du mouvement lors d'une pratique sportive et de la survenance d'un incident particulier, le facteur extérieur constitue également le facteur extraordinaire. L'événement dont la recourante a été victime le 14 janvier 2017 doit donc être qualifié d'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, la condition du facteur extérieur extraordinaire étant remplie.

Conformément à la récente jurisprudence fédérale, l'intimée est donc tenue de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident assuré ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'atteinte à la santé soit fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles.

b. La chambre de céans rappelle ensuite que l'IRM du 3 mars 2017 a mis en évidence une rupture ancienne de la plastie du ligament croisé antérieur et une fissure oblique de la corne postérieure du ménisque interne, et que le Prof. F_____ a procédé à la reconstruction dudit ligament et à la réparation du ménisque le 12 mai 2017.

Il convient donc d'examiner le lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes à la santé présentées par la recourante en distinguant ces deux lésions.

14. a. En ce qui concerne la rupture ligamentaire, les avis des médecins-conseils et des médecins-traitants convergent.

En effet, le Dr G_____ a conclu que cette atteinte devait être attribuée à l'opération de 1998 et à l'incident de 2011 (rapport du 27 novembre 2018). Et le Dr J_____ a rappelé que le ligament croisé antérieur était insuffisant depuis que la plastie de 1998 s'était rompue en 2011 (rapport du 26 novembre 2019).

De même, le Dr H_____ a noté que l'IRM de mars 2017 révélait une lésion ancienne et difficile à dater. Il a estimé que cette rupture était plutôt liée à un ancien accident, en particulier une probable déchirure partielle en 2011 (rapport du 19 mars 2018). À cet égard, il sied de relever que ladite déchirure ne saurait être

qualifiée de « probable », dès lors qu'elle a été confirmée par une IRM au mois d'août 2011 et qu'une indication chirurgicale a été retenue en 2012 et 2013 (rapports du Dr I_____ des 22 avril 2013 et 11 octobre 2018).

b. Dans ces circonstances, il peut être tenu pour établi que la rupture du ligament croisé antérieur constatée le 3 mars 2017 est antérieure à l'accident du 14 janvier 2017, ce que la recourante ne conteste au demeurant pas.

15. a. S'agissant du ménisque, les avis des médecins-conseils s'opposent à ceux des médecins-traitants quant au lien de causalité entre la déchirure observée le 3 mars 2017 et l'accident de janvier 2017.

Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents rapports.

b. Dans son premier avis du 15 novembre 2017, le Dr G_____ s'est limité à rappeler l'existence de ruptures antérieures du ligament croisé antérieur, à fixer le statu quo sine à 12 semaines au maximum du sinistre et à exclure ainsi tout lien de causalité entre l'accident du 14 janvier 2017 et l'intervention du 12 mai 2017. Les conclusions de ce document, succinct et basé sur un dossier incomplet, sont dépourvues de toute motivation.

En date du 19 mars 2018, le Dr H_____ a estimé que l'atteinte méniscale était en rapport de causalité quasi certain avec l'accident de 2017, compte tenu du fait que la recourante avait subi une entorse incontrôlée et présenté des douleurs subites médiales avec un épanchement, et que la déchirure était verticale et non pas horizontale. Il a noté que l'atteinte présentée par sa patiente ne pouvait pas être due à une pathologie dégénérative ou à un autre événement que celui du 14 janvier 2017. Le médecin-traitant n'a toutefois pas suffisamment développé son appréciation et on ignore selon quelle probabilité une déchirure verticale devrait, selon lui, être attribuée à un traumatisme contrairement à une déchirure horizontale qui serait d'origine dégénérative. Qui plus est, le Dr H_____ ne paraît pas avoir été en possession des examens radiologiques antérieurs à 2017. Il n'a semble-t-il pas non plus eu connaissance des divers rapports rendus suite aux événements de 2011 et 2013 puisqu'il s'est référé à une « probable » déchirure du ligament en 2011 et à un ligament « possiblement partiellement instable ». Or, la déchirure ligamentaire a été confirmée par l'IRM du 15 août 2011 et le Dr I_____ a expressément relevé des signes d'instabilité lors de ses examens de 2011, 2012 et 2013 (rapport du 11 octobre 2018). En outre, le Dr H_____ paraît se contredire puisqu'il affirme, d'une part, que sa patiente a pu fonctionner sans aucune limitation durant les 6 ans précédant le sinistre assuré, mentionnant l'absence de séquelles d'instabilité, de laxité ou de limitation, et fait, d'autre part, état d'un genou « possiblement » et « probablement » « partiellement » instable. Quoi qu'il en soit, comme déjà relevé, l'existence d'une instabilité antéro-postérieure en août 2011 est clairement attestée par les rapports du Dr I_____, ce qui avait conduit ce médecin à retenir une indication opératoire (rapport du 11 octobre 2018). Cette intervention, planifiée en

2012, n'a finalement pas eu lieu et le Dr I_____ a derechef observé une instabilité dans les suites de l'incident du 31 janvier 2013 et suggéré une reconstruction ligamentaire (rapport du 22 avril 2013). Enfin, on relèvera que les conclusions du Dr H_____ quant au rapport de causalité sont pour le moins ambiguës puisqu'il a mentionné un lien quasi certain, puis noté que la lésion méniscale « semblait » d'allure traumatique nouvelle.

Dans son second rapport du 27 novembre 2018, le Dr G_____ a conclu que la déchirure complexe verticale et longitudinale sans lambeau ne pouvait pas être reliée avec une forte probabilité à l'événement de 2017, mais qu'elle était due à la chute de 2011 et à la rupture du greffon du ligament croisé. Il a expliqué qu'une aggravation sévère de l'état du ménisque n'était pas constatée à l'imagerie par rapport aux clichés de 2011 et que la recourante n'aurait pas attendu plusieurs semaines avant de consulter son médecin en cas de blessure récente entraînant de nouveaux symptômes et des douleurs. Ces arguments ne sont pas convaincants. En effet, le Dr J_____ a conclu, après examen de l'IRM réalisée en août 2011, que la recourante présentait alors une lésion horizontale et légèrement oblique, mais non pas une déchirure car la lésion ne s'étendait pas jusqu'à la surface du ménisque (rapport du 26 novembre 2019). Étant donné que l'IRM du 3 mars 2017 a mis en exergue une fissure oblique de la corne postérieure du ménisque interne (rapport du Dr D_____ du 6 mars 2017), une aggravation de l'état du ménisque semble difficilement contestable. De plus, le Dr H_____, consulté le 15 mars 2017, a bien signalé une symptomatologie nouvelle puisqu'il a relaté des douleurs subites médiales et un épanchement (rapports des 19 mars 2018 et 13 mars 2020), épanchement qui a également été observé par le Prof. F_____ en avril 2017 (rapport du 25 avril 2017). Le médecin-conseil n'a pas avancé de motif pertinent qui permettrait de s'écarter des plaintes de la recourante telles que rapportées dans le rapport médical initial. Le simple fait que l'intéressée ait attendu deux mois avant de consulter son médecin ne permet en soi pas de nier l'existence d'une symptomatologie nouvelle suite à l'accident du 14 janvier 2017. À cet égard, il sera d'ailleurs rappelé que la recourante a consulté un médecin 6 mois après sa rupture du ligament croisé antérieur en 2011 (rapport du Dr I_____ du 11 octobre 2018). On relèvera en outre que le médecin-conseil n'a pas précisé quelles atteintes préexistantes avaient été décompensées ou aggravées par l'accident et qui justifiaient une prise en charge du cas jusqu'au 8 avril 2017 selon son premier avis.

Dans son appréciation du 26 novembre 2019, le Dr J_____ a admis que l'IRM de 2017 avait révélé l'existence d'une nouvelle lésion méniscale par rapport aux examens de 2011, mais il a considéré que celle-ci était préexistante au 14 janvier 2017, en raison de la présence d'un kyste de Baker qui n'aurait pas pu se développer dans cet intervalle de temps. Il a conclu que la déchirure méniscale révélée en mars 2017 était secondaire à une insuffisance du ligament croisé antérieur que le ménisque concerné s'était efforcé de stabiliser pendant plusieurs années en raison de la déchirure ligamentaire survenue en 2011 qui n'avait pas été

opérée. Il appert donc que l'appréciation du médecin-conseil repose pour l'essentiel sur le laps de temps nécessaire à la formation du kyste observé le 3 mars 2017. Toutefois, compte tenu des autres troubles présentés par la recourante au niveau du genou gauche, le médecin-conseil aurait dû expliquer les raisons pour lesquelles il retenait que le kyste de Baker résultait de la déchirure du ménisque interne, et non pas par exemple de la lésion horizontale du ménisque qu'il a relevée sur les images de 2011, ou encore de la rupture ancienne de la plastie du ligament croisé antérieur ou des lésions chondrales rapportées dans le protocole opératoire du 16 mai 2017. Aucun élément du rapport du Dr J_____ ne permet d'exclure la survenance d'une rupture du ménisque additionnelle traumatique lors de l'événement du 14 janvier 2017. Enfin, dès lors que le Dr H_____ a noté que le caractère vertical et longitudinal de la déchirure plaidait en faveur d'une lésion traumatique, le médecin-conseil aurait dû prendre position sur ce point.

Dans son rapport du 13 mars 2020, le Dr H_____ a estimé qu'il existait une possibilité de compensation du ménisque interne en raison d'un genou partiellement instable, mais il a rappelé que la recourante n'avait pas eu de problème durant plusieurs années avant l'événement de 2017, lequel avait déclenché une symptomatologie nouvelle avec une clinique de déchirure du ménisque et une instabilité ligamentaire franche. Cette appréciation est contestable puisque, comme déjà mentionné, les rapports du Dr I_____ font état d'une instabilité en 2011 et 2013, avec une indication opératoire. De plus, 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.

Enfin, dans son dernier rapport du 18 mai 2020, le Dr J_____ n'a pas apporté de nouveaux éléments permettant de tirer des conclusions fiables quant au rapport de causalité entre la déchirure méniscale observée le 3 mars 2017 et le sinistre du 14 janvier 2017.

c. La chambre de céans considère donc que les documents précités ne remplissent pas les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

En ce qui concerne les rapports des autres médecins-traitants, en particulier ceux du Prof. F_____ et du Dr I_____, ils ne contiennent aucun élément pertinent pour l'issue du litige puisque ces médecins ne se sont pas prononcés sur le lien de causalité entre la lésion méniscale diagnostiquée en mars 2017 et l'accident de janvier 2017, voire les sinistres antérieurs. Il est d'ailleurs surprenant que l'intimée n'ait pas sollicité un rapport circonstancié du Prof. F_____, alors que son médecin-conseil avait relevé que le suivi de la recourante avait été repris en 2013 par ce spécialiste, mais que le dossier ne contenait aucune pièce quant à la suite du traitement.

16. En définitive, l'intimée ne pouvait pas conclure, sur la base des rapports en sa possession, que la déchirure du ménisque révélée lors de l'IRM du 3 mars 2017

n'était pas imputable, même partiellement, à l'accident du 14 janvier 2017 et qu'elle était ainsi exclusivement due à la maladie ou à l'usure, au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle ne pouvait donc pas valablement se prononcer sur le retour à un statu quo sine vel ante.

Dans la mesure où l'intimée a constaté les faits sur la base des rapports de ses médecins-conseils, insuffisamment motivés et ne disposant pas d'une valeur probante, le dossier lui sera renvoyé pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une expertise orthopédique indépendante. Il n'appartient en effet pas au juge de suppléer aux carences administratives.

17. À réception du rapport d'expertise, l'intimée devra rendre une nouvelle décision sujette à opposition sur le droit aux prestations de la recourante au-delà du 8 avril 2017. Cas échéant, il lui incombera également de se déterminer sur son éventuelle obligation de servir des prestations en lien avec les événements antérieurs au 14 janvier 2017.
18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 7 août 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
19. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'600.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
20. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 7 août 2019 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à payer à la recourante CHF 1'600.- à titre de dépens.
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

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

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