



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4359/2018

ATAS/906/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 3 octobre 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MOSCOU, représenté par CAP  
Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA

Recourant

contre

HOTELA ASSURANCES SA, sise rue de la Gare 18, MONTREUX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier  
ELSIG

Intimée

**EN FAIT**

---

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.**

---

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1996, a travaillé, dès le mois de mars 2016, comme réceptionniste à temps partiel dans un hôtel à Genève. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès d'HOTELA ASSURANCES SA (ci-après : HOTELA ou l'intimée).
2. Le 8 novembre 2013, l'assuré a subi au Portugal une première intervention chirurgicale du genou droit – ménisectomie partielle –, en lien avec une rupture incomplète du tiers postérieur d'un ménisque (discoïde).
3. L'assuré a annoncé à HOTELA que, le 2 juin 2017, il avait perdu l'équilibre et avait chuté sur son genou droit, dans une position où son genou était tordu, alors qu'il courait et effectuait un changement de direction dans le cadre d'une partie de football. Ressentant une très vive douleur ainsi qu'une grande instabilité dans son genou, il avait eu des difficultés à se relever. Par la suite, il avait consulté les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
4. Le 3 juin 2017, une première radiographie du genou droit a été réalisée aux HUG, laquelle a mis en évidence un épanchement articulaire, sans lésion ostéo-articulaire « post-traumatique » aiguë.
5. Dans un rapport du 6 juin 2017, la docteure B\_\_\_\_\_, du service des urgences des HUG, a retenu le diagnostic de traumatisme aigu du genou. Elle a confirmé que l'assuré avait consulté après avoir chuté sur son genou droit, selon un mécanisme peu clair. Il souffrait depuis lors de douleurs au niveau latéral, accompagnées d'une sensation de lâchage.
6. Le 7 juin 2017, le docteur C\_\_\_\_\_, radiologue, a réalisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit, à l'issue de laquelle il a formulé les conclusions suivantes : « amputation de la majeure partie de la substance du corps du ménisque externe. De plus, présence d'une image fissuraire horizontale et oblique de la corne antérieure du ménisque externe et importante hétérogénéité et aspect fissuraire également de la corne postérieure du ménisque externe. Intégrité du ménisque interne. Intégrité du ligament collatéral interne. Épanchement intra-articulaire abondant ». Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas d'évidence de déchirure méniscale.
7. Dans un rapport du 26 juillet 2017, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève, ont confirmé que l'assuré présentait des douleurs du compartiment externe du genou droit, associées à une sensation d'instabilité. L'examen clinique et les imageries montraient une laxité postéro-externe, notamment dans un contexte de status post-ménisectomie importante. Cette laxité antérieure paraissait consécutive au problème méniscal plus qu'à un défaut de tension du ligament croisé antérieur. Une intervention chirurgicale était envisagée.

8. Une nouvelle radiographie a été réalisée le 27 juillet 2017, laquelle a mis en évidence, au niveau du genou droit, un valgus (6°), un tiroir postérieur (9 mm) et un tiroir antérieur (5 mm). En revanche, il n'a pas été constaté de tuméfaction, ni de séquelles d'opérations antérieures.
9. L'assuré a été opéré du genou droit par le Dr D\_\_\_\_\_ le 14 septembre 2017 (suture complexe du corps méniscal et suture horizontale de la corne postérieure du ménisque externe). Dans son rapport opératoire, le chirurgien a retenu le diagnostic « [d'] instabilité postéro-externe de grade I avec lésion radiaire subtotale du corps méniscal externe en pré-hiatale ».
10. Invité par HOTELA à se déterminer sur la pris en charge de l'opération, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin-conseil et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rappelé, le 15 septembre 2017, que l'assuré avait été opéré en 2013 d'une rupture du ménisque discoïde externe du genou droit. À la question de savoir si l'IRM réalisée le 7 juin 2017 montrait des lésions accidentelles en relation avec l'événement du 2 juin 2017, le médecin-conseil a répondu : « l'événement est tout au plus une causalité aléatoire, car le patient présente une malformation congénitale (ménisque discoïde). Ce dernier prend trop de place dans le genou, qui finit par se faire écraser et se déchirer. Manifestement préexistant et non traumatique → pas à votre charge ».
11. Par courrier du 20 octobre 2017, HOTELA a informé l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge l'événement du 2 juin 2017, conformément à l'avis exprimé par son médecin-conseil. Il était loisible à l'assuré de requérir le prononcé d'une décision formelle.
12. Le 20 novembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé au médecin-conseil d'HOTELA un courrier, dont la teneur était la suivante : « [...] ce patient de 21 ans, opéré en 2013 par arthroscopie pour une méniscoplastie en raison d'un ménisque discoïde, avait été clairement victime d'un accident important survenu lors de la pratique du football le 2 juin 2017. Lors de mon examen clinique, mais surtout aussi lors de l'IRM réalisée le 7 juin 2017, un net épanchement était visualisé (malheureusement non mentionné dans le rapport de radiologie), dont je vous laisse le soin de visionner les images. Bien qu'un ménisque discoïde risque de se déchirer plus tôt qu'un ménisque "normal", le patient de 21 ans [est] pour ceci tout de même très jeune. Surtout que le traitement adéquat a été effectué par arthroscopie en 2013 au Portugal. En plus, une lésion complexe et quasi radiaire n'est typiquement pas vue en conséquence d'une lésion dégénérative dans la situation d'un ménisque discoïde Les lésions dégénératives du ménisque discoïde sont plutôt considérées comme un détachement périphérique ou comme des réactions au niveau de la racine antérieure, avec des clivages horizontaux. Ceci [n'est] pas du tout le cas de ce patient. Vu le contexte et l'anamnèse, l'épanchement post-traumatique, le type de

lésion et l'âge du patient, selon mon avis, tous les critères sont réunis pour cette lésion parlant en faveur d'une lésion traumatique et nullement d'une lésion dégénérative, dans [le] contexte d'un ménisque discoïde. Le patient est en possession des images arthroscopiques de sa première intervention chirurgicale, réalisée en 2013, qui ne montrent aucun dégât dégénératif du ménisque externe post-méniscoplastie, ainsi qu'une intervention correcte effectuée par l'orthopédiste au Portugal. Pour toutes les raisons et faits évoqués, je vous prie donc de bien vouloir réévaluer le dossier de ce patient en vous basant sur les images de l'IRM réalisée en juin 2017 et les images arthroscopiques de 2013 [...] ».

13. Invité par HOTELA à se déterminer sur le courrier du Dr D\_\_\_\_\_, le médecin-conseil a relevé, le 7 décembre 2017, que « [ce] courrier [n'était] pas probant, car une déchirure du ménisque discoïde se [faisait] dans la zone anormale et non pas près du mur ». Dans un avis subséquent du 25 janvier 2018, le médecin-conseil a toutefois préconisé la mise en œuvre d'une expertise.
14. HOTELA a diligenté cette expertise auprès du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 23 mai 2018, l'expert a retenu les diagnostics de « gonarthrose externe droite débutante après méniscectomie partielle d'un ménisque externe discoïde » et de « status après méniscectomie de la zone moyenne du ménisque externe droit pour déchirure d'un ménisque externe discoïde ». Il a exposé que l'assuré, sportif depuis l'enfance (gymnastique et rink hockey [NDR : hockey sur patins à roulettes]), avait été engagé comme hockeyeur professionnel à Genève, où il avait parallèlement entamé des études de marketing à l'université. En 2013, alors qu'il vivait encore au Portugal, il avait subi un premier accident (chute d'un joueur sur sa jambe droite), qui s'était soldé par une déchirure du ménisque discoïde externe du genou droit, puis une intervention chirurgicale à la fin de l'année 2013. L'assuré avait pu reprendre les entraînements, puis les matchs en septembre 2014, décrivant alors un genou droit exempt de douleurs et de lâchages. En 2015, après une saison, il avait cessé le sport professionnel et décidé de privilégier ses études, commençant, dès 2016, à travailler à temps partiel parallèlement à ses études. Le 2 juin 2017, lors d'un match de football amateur, son genou droit avait « lâché », alors qu'il changeait brusquement de direction et prenait appui sur sa jambe droite. Une IRM réalisée cinq jours après l'événement avait mis en évidence une « déchirure » horizontale et oblique du ménisque externe. Par la suite, l'évolution avait été défavorable et une suture chirurgicale ainsi qu'une résection du ménisque avaient été pratiquées le 14 septembre 2017. La rééducation s'était révélée difficile, mais l'assuré avait néanmoins pu reprendre le travail à la fin de l'année 2017. Actuellement, l'assuré, qui poursuivait sa physiothérapie, ne ressentait plus d'instabilité et pouvait marcher, mais n'avait pas encore pu recommencer à courir. À l'appréciation, l'expert a relevé que le bilan

arthroscopique de novembre 2013 avait confirmé l'existence d'un ménisque discoïde et montré une déchirure incomplète du tiers postérieur du ménisque externe, raison pour laquelle une méniscectomie partielle avait été pratiquée. Le bilan radiologique du 3 juin 2017 – réalisé consécutivement à la chute – montrait déjà un aplatissement du condyle externe, avec une ébauche d'ostéophyte du plateau tibial externe, tandis que l'IRM du 7 juin 2017 témoignait d'un épanchement relativement important, sans lésion ligamentaire, d'une disparition pratiquement complète du ménisque externe, d'une hétérogénéité et d'un hypersignal des cornes antérieures et externes résiduelles. On était typiquement en présence d'un ancien ménisque discoïde partiellement reséqué, lequel était plus fragile qu'un ménisque externe normal. S'agissant du point de savoir si la lésion méniscale observée le 7 juin 2017 était en relation causale avec l'événement du 2 juin 2017, l'expert relevait que le ménisque discoïde que présentait l'assuré était une anomalie congénitale relativement rare. La structure d'un tel ménisque le rendait théoriquement plus sensible aux lésions qu'un ménisque normal. Dans le cas de l'assuré, il y avait clairement des antécédents d'un ménisque externe discoïde déjà lésé, lequel avait fait l'objet d'une opération en 2013. La méniscectomie partielle réalisée en 2013 avait laissé des stigmates, tels qu'une ostéophytose, apparaissant sur les clichés du 3 juin 2017. Quant à l'IRM du 7 juin 2017, elle témoignait d'un ménisque totalement dégénératif sur ses cornes antérieures et postérieures résiduelles, d'une zone médiane pratiquement inexistante, partiellement extrudée, et d'un kyste méniscal, lié à une pathologie chronique dégénérative du ménisque. Il n'existait aucun argument en faveur d'un événement traumatique, tel qu'une contusion osseuse ou une lésion ligamentaire. L'on était donc en présence d'une gonarthrose débutante du compartiment externe droit. En définitive, au vu des éléments en présence (absence de traumatisme ; dérochement du genou droit sans lésion du ligament croisé antérieur ; ménisque externe discoïde déjà lésé avec méniscectomie partielle ; mise en évidence d'un reliquat méniscal discoïde externe dégénératif), il n'existait, selon l'expert, qu'un lien de causalité « possible » entre l'événement du 2 juin 2017 et les troubles constatés chez l'assuré. À son sens, l'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde, déjà connu et opéré. L'accident avait seulement « révélé » une symptomatologie dégénérative préexistante, sans aggraver l'état de santé. Il s'agissait non pas d'une lésion assimilée, mais d'un état dégénératif, dans le contexte d'une malformation.

15. Par décision du 22 juin 2018, HOTELA a refusé de prendre en charge l'événement du 2 juin 2017. Se ralliant à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, elle a considéré en substance qu'il n'existait qu'un lien de causalité possible entre les lésions diagnostiquées et l'événement du 2 juin 2017. L'événement n'avait fait que mettre en évidence une

gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde connu. Il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident.

16. Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré s'y est opposé le 24 août 2018.
17. Par décision du 8 novembre 2018, notifiée le 12 novembre 2018, HOTELA a rejeté l'opposition. À la suite de l'évènement du 2 juin 2017, l'assuré s'était plaint de douleurs du genou droit. L'imagerie avait permis d'exclure toute fracture ou lésion ostéo-articulaire post-traumatique, mais avait révélé l'existence d'un ménisque discoïde partiellement réséqué. Par ailleurs, l'instruction avait montré qu'en 2013, l'assuré avait déjà été opéré du ménisque au Portugal. Sous l'angle diagnostique, les médecins des HUG avaient constaté une laxité postéro-externe, dans le contexte d'un status post-méniscectomie importante. De son côté, le Dr F\_\_\_\_\_ avait estimé que le ménisque discoïde de l'assuré était manifestement préexistant et donc sans lien avec un traumatisme. Quant à l'expert G\_\_\_\_\_, il avait confirmé l'existence d'un ménisque discoïde partiellement réséqué, tout en précisant que l'imagerie plaidait en faveur d'un ménisque « totalement dégénératif ». Selon lui, les lésions diagnostiquées n'étaient qu'en relation de causalité possible avec l'évènement du 2 juin 2017. L'évènement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose débutante, associée à un ménisque discoïde, opéré en 2013. En d'autres termes, l'évènement n'avait pas provoqué les lésions mais les avait seulement révélées. Par ailleurs, il n'y avait pas de lésion assimilée à un accident, car l'on se trouvait en présence d'un état dégénératif, dans le contexte d'une malformation. L'assuré ne soulevait aucun argument propre à faire douter de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et son assurance-maladie ne s'était pas opposée à la décision du 22 juin 2018. Partant, HOTELA maintenait son refus de prendre en charge l'évènement du 2 juin 2017.
18. Par acte du 12 décembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 8 novembre 2018, à ce qu'il soit dit que l'évènement du 2 juin 2018 constituait une lésion assimilée à un accident et à ce que l'intimée lui verse des prestations, singulièrement prenne en charge les traitements du genou droit dont il avait bénéficié.

L'assuré a rappelé qu'en 2013, il avait été victime d'un premier accident impliquant un choc violent avec un autre joueur de rink hockey, à la suite duquel il avait été opéré une première fois du genou droit. En 2014, il s'était installé en Suisse et avait continué à pratiquer du sport à haut niveau, au sein du club H\_\_\_\_\_, tout en étudiant et en travaillant comme réceptionniste. Le 2 juin 2017, il avait été victime d'un nouvel accident lors d'un match de football amateur. Une imagerie réalisée quelques jours plus tard avait mis en évidence un épanchement puis le 26 juillet 2017, le chirurgien D\_\_\_\_\_ avait fait état d'une laxité postéro-externe, dans un

contexte de status post-ménissectomie. Le 14 septembre 2017, il avait été opéré. Après que l'intimée avait refusé de couvrir l'opération, le Dr D\_\_\_\_\_ avait rédigé un courrier le 20 novembre 2017, précisant que tous les critères plaidaient en faveur d'une lésion traumatique. L'intimée avait alors ordonné une expertise orthopédique.

Toutefois, l'expert n'avait pas tenu compte du courrier de son chirurgien, excluant toute origine dégénérative de sa lésion. Son chirurgien avait d'ailleurs estimé que les imageries réalisées par arthroscopie en 2013 ne montraient « aucun dégât dégénératif du ménisque externe post-méniscoplastie ». Par ailleurs, l'expert était parti du postulat erroné qu'il présentait de longue date un ménisque discoïde. Or, s'il avait souffert d'une telle atteinte avant son accident, son genou aurait vraisemblablement « lâché » lors des matchs et entraînements auxquels il avait participé plusieurs fois par semaine. Tel n'avait pas été le cas. À l'instar de ce qu'avait jugé le Tribunal fédéral dans une autre affaire, concernant une torsion du genou dans le cadre d'une partie de football, il convenait d'admettre l'existence d'une lésion assimilée à un accident et de lui reconnaître le droit à des prestations de l'intimée. Pour le reste, on ne pouvait inférer du silence de son assurance-maladie qu'il souffrait d'une lésion d'origine malade.

19. Dans sa réponse du 20 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le fait que les douleurs ne s'étaient manifestées qu'après l'événement du 2 juin 2017 ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle. Par ailleurs, l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ était probante. L'expert avait confirmé l'existence d'un ménisque discoïde et expliqué que cette anomalie congénitale le rendait plus sensible aux lésions qu'un autre. Selon l'expert, on ne retrouvait aucun indice plaidant pour une origine traumatique sur les imageries. De son côté, son médecin-conseil avait considéré que l'événement du 2 juin 2017 représentait tout au plus une « causalité aléatoire », étant donné que l'assuré présentait un ménisque discoïde, d'origine congénitale. Toujours selon l'expert, l'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde, connu et opéré en 2013. L'expert, qui considérait que le genou de l'assuré présentait un état dégénératif lié à une malformation, avait nié en connaissance de cause tout lien de causalité entre les plaintes et l'événement annoncé. Enfin, l'argument selon lequel les plaintes résultaient d'une lésion assimilée à un accident devait être écarté : si en présence d'une lésion assimilée à un accident, la loi présumait l'existence d'une lésion qui devait être prise en charge, l'assureur pouvait se libérer de son obligation en prouvant que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En l'occurrence, selon l'expertise, l'événement n'avait fait que mettre en évidence une gonarthrose débutante et un ménisque discoïde, déjà connu. Autrement dit, le sinistre avait seulement révélé – mais non provoqué – les lésions

constatées. En présence d'un état dégénératif dans le contexte d'une malformation, il n'y avait pas de lésion assimilée à un accident.

20. Le recourant a répliqué le 28 février 2019, persistant dans son argumentation et ses conclusions.
21. Le 16 août 2019, la chambre des assurances sociales a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation.
22. Les parties n'ont pas fait valoir de causes de récusation, ni contesté la mission d'expertise.

### **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).

Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

En l'espèce, bien que le recourant ait quitté le canton de Genève le 1<sup>er</sup> janvier 2019, il y était encore domicilié lorsqu'il a déposé son recours, le 12 décembre 2018. Partant, la chambre de céans est compétente à raison du lieu et de la matière pour juger du cas d'espèce.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
3. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée de l'événement du 2 juin 2017. Il porte singulièrement sur le point de savoir si les atteintes ayant donné lieu à l'opération du 14 septembre 2017 sont d'origine accidentelle ou malade.
4. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont

applicables au cas d'espèce, vu la date de l'évènement annoncé (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). L'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). La notion de cause extérieure a été admise, entre autres, s'agissant d'un faux pas lors d'une partie de volley-ball, provoquant un pincement au genou gauche ou encore d'une entorse d'un ligament de la cheville gauche, après un mouvement de rotation durant une partie de hockey en salle (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 92/00 du 27 juin 2001 et U 287/00 du 22 février 2002).

En ce qui concerne le football en particulier, le Tribunal fédéral a jugé à plusieurs reprises qu'il s'agissait-là d'un sport dont la pratique constitue un risque accru. En effet, cette activité implique bon nombre de mouvements qui ne sont pas courants, tels que le fait d'accélérer ou de s'arrêter brusquement, de courir de côté ou en arrière, de pivoter, de s'étirer, de tirer la balle, de sauter lors de têtes, etc. Ces mouvements sollicitent le corps entier d'une manière variée. Même pour un joueur entraîné, de tels mouvements ne constituent pas des gestes quotidiens comme le serait le fait de se déplacer dans une pièce (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 469/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.1; U 71/07 du 15 juin 2007 consid. 6.2; U 611/06 du 12 mars 2007 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une

incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

6. a. 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).

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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.

c. 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).

d. 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. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

7. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa nouvelle teneur entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'assurance-accidents 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). 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. Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due, de manière prépondérante, à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur extérieur est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, pp. 7702-7703).

La doctrine relève qu'en ce qui concerne la preuve libératoire de l'assureur, il se pose la question de savoir ce que le législateur entend par le terme « prépondérant » (« vorwiegend »). À cet égard, il est recommandé de se référer à la jurisprudence en matière de maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 1 LAA. Selon cette

jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action d'une substance nocive ou à certains travaux, c'est-à-dire lorsque les causes précitées pèsent plus que toutes les autres causes impliquées. L'assureur devrait rapporter cette preuve au degré de la vraisemblance prépondérante (Markus HÜSLER, *idem*, p. 34).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA (actuel art. 6 al. 2 LAA) sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c).

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

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

expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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).

10. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, soutient que les lésions méniscales ayant nécessité l'opération du 14 septembre 2017 ne sont pas en relation causale avec l'événement du 12 juin 2017 ce que le recourant conteste, en se prévalant notamment de l'avis de son chirurgien, le Dr D\_\_\_\_\_. Le recourant se prévaut en outre d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, que l'intimée réfute.
11. D'emblée, il convient de relever qu'il existe une incertitude quant à l'existence d'une déchirure du ménisque, soit d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. En effet, si l'expert G\_\_\_\_\_ a fait état d'une déchirure méniscale, en précisant dans son rapport qu'« une IRM réalisée le 7 juin 2017, soit cinq jours après l'événement, [montrait] une déchirure horizontale et oblique du ménisque externe », d'autres rapports semblent plutôt privilégier l'hypothèse de fissures du ménisque. En particulier, celui qu'a rédigé le Dr C\_\_\_\_\_ suite à l'IRM du 7 juin 2017 évoquait des « images fissuraires » des cornes antérieures et postérieures du ménisque externe (image fissuraire horizontale et oblique de la corne antérieure du ménisque externe ; aspect fissuraire de la corne postérieure du ménisque externe), tout en écartant l'hypothèse d'une déchirure méniscale. De son côté, le Dr D\_\_\_\_\_, dans son rapport opératoire du 19 septembre 2017, n'a pas mentionné non plus de déchirure, mais seulement une « lésion radiaire subtotale du corps méniscal externe ». Or, selon le texte légal, sont considérées comme des lésions assimilées à un accident les déchirures du ménisque (ATF 114 V 298 consid. 5c p. 306; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3 et 8C\_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.2).
12. Il convient de préciser qu'indépendamment du point de savoir si l'assuré a présenté une lésion assimilée (art. 6 al. 2 LAA), l'événement dont il a été victime le 2 juin 2017 doit être qualifié d'accident. L'intimée ne prétend du reste pas le contraire. En effet, au vu du déroulement de l'événement annoncé – perte d'équilibre puis chute, avec torsion du genou droit, à l'occasion d'un brusque changement de direction dans le cadre d'une partie de football –, il appert que le traumatisme du genou est survenu à l'occasion d'un mouvement soudain et violent du corps, c'est-à-dire d'un événement objectivement identifiable, dans le cadre d'un sport impliquant un risque accru. Partant, la condition du facteur extérieur extraordinaire est donnée, tout comme les autres conditions fixées par l'art. 4 LPGA (cf. supra consid. 5).

Par conséquent, il convient d'examiner si les lésions méniscales ayant nécessité l'opération du 14 septembre 2017 sont en relation de causalité avec l'accident du 2 juin 2017. Pour répondre à cette question, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.

13. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. D'une part, il sied de relever que si l'expert G\_\_\_\_\_ a mis en évidence certains signes de dégénérescence du ménisque droit, il ne s'est pas prononcé de manière claire sur la question – centrale – de savoir si les lésions ayant nécessité l'opération du 14 septembre 2017 sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 juin 2017. C'est le lieu de rappeler que, selon le bilan opératoire, l'assuré a subi une suture complexe du corps méniscal et une suture de la corne postérieure du ménisque externe, en lien notamment avec une lésion radiaire subtotale du corps méniscal externe et une instabilité postéro-externe (grade I). Or, dans son expertise, le Dr G\_\_\_\_\_ ne discute pas spécifiquement du point de savoir si la lésion radiaire du corps méniscal externe résulte ou non de l'accident du 2 juin 2017, question qui paraît néanmoins décisive puisque c'est cette atteinte-là qui semble avoir justifié, à tout le moins en grande partie, l'opération dont l'intimée a refusé la prise en charge.

D'autre part, l'expertise n'a pas été établie en pleine connaissance du dossier, puisque l'expert G\_\_\_\_\_ n'a ni mentionné, ni a fortiori discuté l'avis contraire du Dr D\_\_\_\_\_, au terme duquel ce chirurgien a conclu que « tous les critères [étaient] réunis [...] en faveur d'une lésion traumatique [...], dans un contexte de ménisque discoïde ». À l'appui de son point de vue, le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment exposé que l'IRM réalisée en juin 2017 avait mis en évidence un net épanchement « post-traumatique », que l'assuré n'était âgé que de 21 ans, que la lésion qu'il avait subie en 2013 avait fait l'objet d'une opération adéquate au Portugal, que les imageries réalisées par arthroscopie en 2013 ne témoignaient d'aucun dégât dégénératif du ménisque externe et qu'enfin, la lésion « complexe et quasi radiaire » observée chez l'assuré en 2017 n'était pas caractéristique d'une lésion dégénérative. À ce propos, il a précisé que les lésions dégénératives du ménisque (discoïde) prenaient plutôt la forme de détachements périphériques ou de réactions au niveau de la racine antérieure, avec des clivages horizontaux, ce qui n'avait pas été visualisé chez l'assuré. Au vu de l'avis précité du Dr D\_\_\_\_\_, sur lequel l'expert G\_\_\_\_\_ n'a apparemment pas jugé utile de se déterminer, on ne saurait exclure d'emblée toute influence de l'accident annoncé sur les atteintes ayant nécessité l'opération du 14 septembre 2017 : même en admettant que le recourant ait présenté, antérieurement à son accident, des lésions dégénératives du ménisque, comme le soutient le Dr G\_\_\_\_\_, cela n'exclurait pas encore l'hypothèse d'une aggravation, par ce traumatisme, de l'état dégénératif préexistant.

Faute d'avoir été établie en pleine connaissance du dossier et de se prononcer de manière claire, respectivement complète, sur les questions essentielles, l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans ces

conditions, la chambre de céans n'est pas à même de trancher le litige et il se justifie de mettre en oeuvre une expertise judiciaire orthopédique. Le Professeur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a été proposé aux parties comme expert. Il aura notamment pour mission de déterminer si les atteintes ayant justifié l'intervention du 14 septembre 2017 doivent être mises en relation avec l'événement du 2 juin 2017.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise orthopédique. La confie au Professeur I\_\_\_\_\_.
- Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'expertisé, notamment le Dr D\_\_\_\_\_.
- C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Etablir un rapport détaillé comprenant les réponses aux questions suivantes :
1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes de la personne expertisée.
  3. Status et constatations objectives.
  4. Diagnostics révélés par les imageries du genou droit
    - 4.1. Certains de ces diagnostics correspondent-ils à des lésions figurant à l'art. 6 al. 2 LAA (fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments, lésions du tympan), notamment à des déchirures du ménisque ?
  5. Causalité
    - 5.1. Les atteintes constatées au niveau du genou droit – notamment celles ressortant de l'IRM du 7 juin 2017 et du rapport opératoire du 19 septembre 2017 – sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 juin 2017 ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ? Veuillez motiver votre appréciation pour chaque diagnostic posé.
      - 5.1.1. En particulier, la « lésion radiaire subtotale du corps méniscal externe » retenue par le Dr D\_\_\_\_\_ est-elle due à l'accident du 2 juin 2017 de façon probable (probabilité de plus de 50%) ?
    - 5.2. Si des diagnostics correspondant à des lésions figurant à l'art. 6 al. 2 LAA sont posés :

- 5.2.1. Ces atteintes sont-elles dues de manière prépondérante (imputables à plus de 50%) à l'usure ou à une maladie ? Veuillez motiver votre réponse.
- 5.2.2. L'événement du 2 juin 2017 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- 5.3. L'expertisé présentait-il de façon probable (probabilité de plus de 50%) un état maladif préexistant à l'accident ? Si oui :
- 5.3.1. L'accident du 2 juin 2017 a-t-il décompensé cet état maladif ?
- 5.3.2. Si l'accident a décompensé un état maladif préexistant, à quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint ou le sera (moment où l'état de santé de l'expertisé est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident, à la suite d'un développement ordinaire) ?
- 5.3.3. L'accident a-t-il entraîné une aggravation durable de l'état de santé préexistant ?
- 5.4. Les atteintes ayant nécessité l'intervention du 14 septembre 2017 étaient-elle dues d'une manière possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) à l'accident du 2 juin 2017 ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante. Veuillez motiver vos réponses.
6. Capacité de travail
- Pour autant que l'événement du 2 juin 2017 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance des atteintes du genou droit, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
7. Appréciation des avis médicaux versés au dossier
- 7.1. Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2017, en particulier avec l'affirmation qu'une lésion complexe et « quasi radiaire » n'est pas caractéristique d'une lésion dégénérative ? Êtes-vous d'accord avec l'affirmation que tous les critères plaident en faveur d'une lésion traumatique, notamment l'anamnèse, l'épanchement post-traumatique, le type de lésion et l'âge du patient ?
- 7.2. Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, en particulier avec l'affirmation que l'on ne trouve, sur la radiographie du 3 juin 2017 et l'IRM du 7 juin 2017, aucun élément plaçant en faveur d'un

événement traumatique ? Êtes-vous d'accord avec l'affirmation que l'événement du 2 juin 2017 n'a pas aggravé l'état de santé mais a seulement mis en évidence une gonarthrose externe débutante sur un ménisque discoïde, déjà connu et opéré en 2013 ?

- 7.3. Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2017 ?
8. Quel est le traitement prodigué ? Quel est le traitement encore nécessaire ?
9. Quel est le pronostic ?
10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

F. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le