

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4521/2015

ATAS/1113/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux AVANCHETS

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1986, est affilié par le biais de son employeur contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA).
2. Le 18 mars 2015, l'assuré a rempli une déclaration d'accident-bagatelle dans laquelle il a expliqué, s'agissant du 7 mars 2015 :

« Je suis partis pour une petite marche à la montagne puis lors du retour, j'ai effectuée un faux mouvement et mon genou a craqué une douleur ma alors pris tous le genou, puis je me suis reposer et enfain la douleur a diminuer. » (sic)

A la question de savoir quel type de lésion était survenu, l'assuré a répondu « craquement » du genou droit.
3. En juillet 2015, l'assuré a consulté le docteur B_____, qui a constaté une douleur méniscale et demandé une imagerie par résonance magnétique (IRM), mais n'a plus revu l'assuré.
4. L'IRM, pratiquée le 3 août 2015, a montré un volumineux épanchement intra-articulaire, une chondropathie rotulienne interne, une déchirure du ménisque interne atteignant les cornes antérieure et postérieure de grade III et une rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA). Les ligaments collatéraux étaient conservés et il n'y avait pas d'image de contusion osseuse.
5. Le 10 août 2015, l'assuré a été reçu par le docteur C_____ en prévision d'une plastie du LCA, le 14 septembre 2015.
6. Interrogé par la SUVA, l'assuré a expliqué en date du 25 août 2015, avoir glissé et avoir alors entendu un craquement. A la question de savoir si quelque chose de particulier s'était produit, il a répondu qu'il y avait eu glissade. Les douleurs étaient apparues une heure plus tard. Il a ajouté avoir été capable de travailler trois jours après l'accident et avoir consulté le médecin fin juillet.
7. L'assurance a alors soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, le docteur D_____, qui a brièvement émis l'avis que la description de l'accident ne correspondait pas à une lésion fraîche du LCA. L'atteinte était due, selon lui, à une dégénérescence ou à un accident très ancien.
8. Par courrier du 8 septembre 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle n'entendait pas prendre en charge l'atteinte à la santé, faute de lien de causalité certain ou probable avec l'évènement du 7 mars 2015.

9. Par courrier du 14 septembre 2015, l'assuré s'est indigné auprès de la SUVA de l'annulation de l'intervention prévue, faute de garantie d'hospitalisation. Dans cette missive, il est revenu sur les circonstances de son accident dans les termes suivants :

« ... durant la descente du Salève, j'ai malencontreusement glissé et chuté et me suis tordu le genou de ma jambe d'appui (jambe droite). Sur le moment, j'ai senti un énorme craquement qui m'a paralysé un instant. Suite aux douleurs, j'ai interrompu ma randonnée et des amis présents m'ont aidé à rentrer chez moi. Les heures suivantes, la douleur a diminué, néanmoins, le lendemain, il était difficile pour moi de poser la jambe par terre et ceci durant une longue période. »

L'assuré a fait valoir qu'il n'avait jamais rencontré de problème au niveau de ce genou avant l'évènement et a sollicité le réexamen de son dossier et la notification d'une décision formelle.

10. Le 22 septembre 2015, le Dr D_____ a relevé qu'il n'y avait eu aucune évaluation médicale en urgence, telle qu'on aurait pu s'y attendre en cas de traumatisme grave du genou. Il a souligné qu'il n'y avait eu ni traitement ni avis médical dans les jours suivant l'évènement et en a tiré la conclusion que le traumatisme avait été de gravité modérée. A cet égard, il a fait remarquer qu'une rupture aiguë des ligaments croisés du genou s'accompagne d'un épanchement articulaire massif, d'une limitation fonctionnelle, d'une boiterie et de douleurs. Au vu des circonstances, le médecin a considéré que le lien de causalité naturelle entre le sinistre annoncé et les lésions constatées plusieurs mois après ne pouvait être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante. Il a ajouté que même si l'évènement avait décompensé un éventuel état antérieur pathologique, la décompensation n'aurait été que temporaire.
11. Par décision du 13 octobre 2015, la SUVA, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a refusé de prendre en charge les troubles du genou droit, au motif qu'aucun lien de causalité certain ou probable ne pouvait être établi après l'évènement du 7 mars 2015.
12. Le 20 octobre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision.
13. Par décision du 10 décembre 2015, la SUVA a confirmé son refus du 13 octobre.
- La SUVA a considéré que, s'agissant de la description de l'évènement, il y avait lieu de s'en tenir aux premières déclarations de l'assuré.
- Pour le reste, elle s'est référée à l'avis du Dr D_____ en rappelant que, s'agissant d'une question essentiellement médicale, il y avait lieu de se fier à l'avis des médecins.
14. Par écriture du 22 décembre 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Le recourant fait valoir que le seul traumatisme qu'il a subi est celui dont il a été victime durant sa descente du Salève. Il explique avoir malencontreusement glissé, avoir chuté et s'être tordu le genou droit.

Le recourant ajoute que la raison pour laquelle il n'est pas allé travailler, c'est qu'il n'avait pas été « planifié » par son employeur. Il travaille en effet comme auxiliaire à l'aéroport. Il explique que s'il n'est pas allé aux urgences immédiatement après sa chute, c'est parce qu'il n'était pas conscient de la gravité de sa blessure. Les jours suivants, malgré les difficultés à se déplacer, la douleur s'est atténuée. Le recourant affirme que s'il a différé la consultation, ce n'est que parce qu'il a privilégié son travail pour pouvoir subvenir aux besoins de sa famille et parce que, de façon générale, il ne consulte pas au moindre « petit bobo ».

15. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 28 janvier 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimée rappelle que, selon les premières déclarations de l'assuré, les douleurs sont apparues suite à un faux mouvement, sans facteur extérieur, alors que l'intéressé pratiquait une activité normale et parfaitement maîtrisée. Ce n'est que dans un second temps que l'intéressé a allégué avoir été victime d'une glissade et d'une chute. Or, si l'on s'en tient à la description initiale, la prise en charge des troubles ne saurait incomber à l'assureur-accidents, celui-ci ne devant répondre que des lésions déclenchées par une cause extérieure, c'est-à-dire un évènement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance. En l'occurrence, rien ne permet de retenir que le genou droit de l'assuré a été sollicité de manière particulière ou qu'un phénomène extérieur est venu interférer dans le déroulement de la marche.

L'intimée ajoute que, même en admettant que l'assuré ait été victime d'une glissade, l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'évènement et les lésions ne peut être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante requis.

16. Par écriture du 26 février 2016, le recourant a indiqué être soutenu dans sa démarche par le Dr C_____.
17. Celui-ci a été entendu par la Chambre de céans le 14 avril 2016.

Le témoin a confirmé avoir constaté une déchirure totale du ménisque et du LCA du genou début août 2015 et a indiqué qu'il ne lui paraissait pas invraisemblable que ce soit l'évènement survenu début mars, soit cinq mois plus tôt, qui soit à l'origine de ces lésions. Le témoin a expliqué qu'un patient peut marcher durant cinq mois malgré de telles atteintes, à condition d'éviter les sports impliquant les rotations des genoux.

Le témoin a indiqué que de telles lésions sont forcément accidentelles.

S'il est vrai que des lésions méniscales peuvent parfois être d'origine dégénérative, je suis catégorique sur le fait qu'il n'en va pas de même d'une déchirure du ligament croisé antérieur : une telle atteinte nécessite une telle force qu'elle ne peut être d'origine non traumatique.

S'il existe des fractures de fatigue des os, il n'en existe pas des ligaments : une déchirure des ligaments implique forcément un faux mouvement, une chute ou une torsion anormale.

Le patient, qui m'a consulté le 10 août 2015, m'a relaté les faits de la manière suivante : le 7 mars 2015, lors d'une randonnée, il a glissé et s'était fait mal au genou, ensuite de quoi étaient apparues des douleurs, des lâchages et une enflure.

Pour moi, il est certain que la lésion du ligament trouve son origine dans l'évènement du 7 mars, puis qu'il n'y a plus eu depuis lors d'autre évènement traumatique. En revanche, je ne peux pas être catégorique au niveau des lésions méniscales. Celles-ci peuvent être survenues par la suite, suite aux multiples lâchages qui constituaient de petits traumatismes supplémentaires.

Je ne suis pas particulièrement surpris par le délai qui s'est écoulé. Ce n'est certes pas la norme, mais cela existe.

18. Entendu en comparution personnelle le même jour, le recourant a expliqué qu'il est payé à l'heure, qu'il a un enfant à charge et qu'il a attendu d'être vraiment sûr qu'il y avait un problème pour consulter un médecin. Son travail - agent commercial auxiliaire à l'aéroport - s'exerce en position assise et ne requiert que peu de mouvements.

Le recourant est revenu une nouvelle fois sur les circonstances de l'évènement et a expliqué avoir glissé, avoir essayé de se retenir et, dans ce mouvement, avoir entendu un craquement, suite auquel il est tombé. Lorsqu'il s'est relevé, son genou était chaud. Ses amis l'ont aidé à redescendre.

Durant quelques jours, il est resté au repos, car il n'était pas prévu au planning de son employeur et les douleurs ont diminué.

Par la suite, il a repris son poste, qui ne nécessite pas de grands mouvements. S'il a tellement tardé à consulter, c'est parce qu'il craignait d'être mis en arrêt de travail, ne sachant pas ce que cela impliquerait au niveau de sa rémunération.

Il a fini par consulter lorsqu'il a constaté que les choses ne revenaient décidément pas à la normale. Aucun autre évènement n'est survenu dans l'intervalle, si ce n'est des lâchages. Il ne pouvait même pas courir.

Le recourant a ajouté qu'il s'agissait de la cinquième randonnée, à peu près, à laquelle il participait. Il a indiqué être de nature assez sportive et ne consulter que lorsque c'est véritablement nécessaire.

Sur question, le recourant a indiqué être affilié à Assura pour l'assurance obligatoire des soins.

19. Dans ses écritures après enquêtes du 13 mai 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

A l'appui de sa position, elle produit une nouvelle appréciation médicale des doctoresses E_____ et F_____, toutes deux spécialistes en chirurgie, du 9 mai 2016.

Ces médecins se sont livrés à une « appréciation chirurgicale » du dossier de l'assuré. Après une anamnèse, un résumé des actes à leur disposition et l'examen de l'IRM du 3 août 2015, ces médecins ont conclu que l'on ne peut considérer que l'état de santé de l'assuré est, selon toute vraisemblance, en lien de causalité avec l'évènement du 7 mars 2015. Le lien de causalité avec la rupture du LCA ne peut être qualifié que de « possible » et l'atteinte méniscale doit quant à elle être considérée comme un état séquellaire de l'instabilité du genou droit due à une insuffisance du LCA préexistante.

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. A 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de prise en charge de l'intimée, en particulier sur la question de savoir si l'évènement du 7 mars 2015 peut être qualifié d'accident ou être assimilé à un accident et celle de la relation de causalité naturelle entre les troubles du genou droit du recourant et l'évènement en question.
5. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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, son caractère involontaire, un facteur extérieur et enfin, le caractère extraordinaire du dit 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_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

b) Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c) Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur 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 U 345 p. 422 consid. 2b).

6. a) L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un

accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), déboîtements d'articulation (let. b), déchirures du ménisque (let. c), déchirures de muscles (let. d), élongations de muscles (let. e), déchirures de tendons (let. f), lésions de ligaments (let. g) et lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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 et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

7. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. En l'espèce, il convient tout d'abord de relever que la déchirure du ménisque et la rupture du LCA du genou figurent au nombre des lésions assimilées énumérées par l'art. 9 al. 2 OLAA. Dès lors, le caractère "extraordinaire" de la cause extérieure n'est pas nécessaire. Il n'en demeure pas moins que toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées, en particulier celui relatif à une cause extérieure.

Or, l'existence d'une telle cause apparaît douteuse en l'occurrence, si l'on se réfère aux premières déclarations du recourant. En effet, dans sa déclaration d'accident, l'assuré ne mentionne ni chute, ni glissade, mais un simple faux mouvement et un craquement. Ce n'est que par la suite, fin août, soit près de cinq mois après l'évènement, que les notions de glissade et de chute apparaissent, sans que l'assuré ne puisse d'ailleurs affirmer de manière catégorique que la chute alléguée a précédé le craquement.

C'est le lieu de rappeler que si les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a), selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2).

Cela étant, le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4).

En l'espèce, cela a pour conséquence que, si l'on se réfère aux premières déclarations de l'assuré, la responsabilité de l'assureur-accident ne saurait être reconnue. Pour ce motif déjà, le bien-fondé de la décision litigieuse doit être reconnu.

9. Au surplus, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose également, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'évènement 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.

10. En l'espèce, même si l'on admet l'existence d'un facteur extérieur, le lien de causalité naturelle doit être nié.

A cet égard, il convient, ainsi que le rappelle la jurisprudence, de se référer aux renseignements d'ordre médical, plus particulièrement à l'avis des D^{rs} E_____ et F_____. Si celles-ci se sont ralliées aux allégations du Dr C_____ quant au fait qu'une rupture du LCA ne peut en aucun cas être malade ou dégénérative, elles ont en revanche indiqué ne pouvoir corroborer la temporalité évoquée quant au développement de cette rupture. Elles ont expliqué que la qualité et la localisation de l'atteinte méniscale parlent plutôt en faveur d'une atteinte asynchrone/décalée par rapport à l'atteinte du LCA, d'autant plus qu'il n'y a ni lésion osseuse ni lésion des ligaments collatéraux. Elles ont également expliqué que les ruptures du LCA sont l'apanage d'accidents comportant un pivot ou un pivot et un contact assez violent, raison pour laquelle il est difficile de concevoir une telle lésion à l'occasion d'une randonnée, sans condition particulière et, surtout, sans mouvement de pivot.

Au terme d'explications détaillées et motivées, les médecins ont conclu qu'au vu de l'évolution et de l'imagerie, une rupture du LCA était certes possible, suite au traumatisme du 7 mars 2015, mais pas au degré de la vraisemblance prépondérante requis. Quant à la chondropathie, elles expliquent qu'il s'agit d'une forme d'usure du cartilage, de sorte qu'il est évident qu'elle n'est pas séquelle à l'accident du 7 mars 2015.

On notera que le Dr C_____ a pour sa part considéré qu'il n'était « pas invraisemblable » que ce soit l'événement survenu en mars 2015 qui soit à l'origine des lésions. Lui non plus n'a donc pas qualifié le lien de causalité naturelle de probable mais de « possible », ce qui n'est pas suffisant au sens de la jurisprudence.

Pour ce motif également, la décision de l'intimée apparaît bien fondée.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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