

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/839/2019

ATAS/431/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 4 juin 2020**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, représenté par APAS-  
Assoc. permanence défense des patients et assurés

recourant

contre

VISANA ASSURANCES SA, sise Weltpostrasse 19, BERN

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1972, travaille comme cameraman spécialisé pour la B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et est assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de Visana Services SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 9 novembre 2017, l'assuré a été victime d'un accident ; il a glissé sur une pente herbeuse lors d'un tournage et a chuté, sa jambe droite s'étant repliée sous ses fesses ; il a subi des douleurs au genou droit.
3. Le 18 avril 2018, l'employeur a déclaré l'accident à l'assurance.
4. Le 4 mai 2018, le docteur C\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, a attesté d'un premier traitement le 17 avril 2018 pour une déchirure du ménisque du genou droit n'ayant pas entraîné d'incapacité de travail. Il a retenu une indication à régularisation à minima du ménisque et suture par chirurgie arthroscopique.
5. Une IRM du genou droit du 23 avril 2018 a conclu à une lésion du ménisque médial avec une déchirure à la surface inférieure de sa corne postérieure s'étendant au segment moyen, d'autres petites fissurations étant individualisées au niveau du bord libre et de la surface supérieure de ce segment moyen ainsi qu'à hauteur du mur méniscal de la corne postérieure. Chondropathie fémoro-tibiale médiale de bas grade.
6. Le 25 mai 2018, le docteur D\_\_\_\_\_, FMH chirurgie et médecine intensive, médecin-consultant de l'assurance, a estimé que la lésion au ménisque interne était, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expression d'une cause dégénérative, l'évènement indiqué n'étant pas de nature à entraîner une aggravation déterminante de l'état du ménisque interne ; l'IRM indiquait un trouble du signal complexe, soit une pathologie étendue au niveau du ménisque interne ; l'assuré n'avait consulté que cinq mois après l'évènement ce qui indiquait qu'il n'y avait pas de souffrance importante. Le statu quo sine était atteint avec l'IRM du 23 avril 2018.
7. Le 28 mai 2018, l'assurance a informé l'assuré et l'employeur qu'elle cessait le versement de prestation dès le 24 avril 2018 ; dès cette date les maux n'étaient plus dus à l'évènement du 9 novembre 2017.
8. Le 30 mai 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a écrit à l'assurance que l'assuré avait présenté un mouvement de flexion-rotation du genou engendrant douleurs et épanchements articulaires ; il avait noté l'apparition et la persistance d'un dérangement interne du genou droit associé à des signes mécaniques ; le 17 avril 2018, il présentait un épanchement de 10 cc, une douleur à la palpation et des signes d'une lésion du ménisque médial, confirmée à l'IRM ; la symptomatologie s'était aggravées et il était en arrêt de travail depuis le 24 mai 2018 ; il était étonnant de contester la nature accidentelle de cette affection dont le mécanisme lésionnel était typique et

parfaitement compatible avec les lésions constatées tant à l'examen clinique qu'à l'imagerie. Le délai d'attente quant à un traitement chirurgical était au-delà des recommandations qui figuraient actuellement dans la littérature ; d'affirmer qu'une telle lésion devait être associée à une lésion du ligament croisé antérieur n'était à ce stade de la connaissance que pure spéculation.

9. Le 21 juin 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation du 25 mai 2018. L'assurance n'avait pas prétendu que l'assuré avait présenté une lésion du ligament croisé antérieur ; le Dr C\_\_\_\_\_ n'expliquait pas pourquoi la lésion n'était pas l'expression d'une altération dégénérative.
10. Par décision du 31 juillet 2018, l'assurance a mis fin aux prestations au 23 avril 2018 et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition, en se fondant sur les appréciations du Dr D\_\_\_\_\_.
11. Le 7 octobre 2018, l'assuré a fait opposition à la décision précitée. Après l'accident, il s'était retrouvé dans l'incapacité de fléchir la jambe au-delà de 90 degrés sans provoquer des coincements mécaniques assortis de douleurs importantes au niveau de l'articulation du genou. De ce fait, et bien qu'il s'efforçait de poursuivre de son mieux son activité de cameraman, plusieurs positions (à genoux, accroupi...) et actions (course...) nécessaires à la réalisation de certaines prises de vues lui étaient devenues depuis lors impossibles. Le statu quo sine fixé au 23 avril 2018 était hautement hasardeux ; les arguments du Dr D\_\_\_\_\_ n'étaient pas pertinents ; il n'existait pas de cause dégénérative susceptible d'expliquer la lésion ; le Dr D\_\_\_\_\_ ne l'avait pas examiné et faisait des commentaires désobligeants sur le degré de ses souffrances.
12. Le 4 décembre 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a écrit à l'assurance qu'il avait revu l'assuré le 4 décembre 2018 ; la lésion (localisation et type) était de nature traumatique sans évidence d'altération dégénérative de cette structure méniscale ; le reste de l'articulation ne présentait pas de lésion particulière. Il était étonnant qu'un médecin-conseil dont la spécialité était la médecine intensive et la chirurgie générale puisse exprimer un avis autorisé pour le moins discutable face à un cas qui apparaissait clair et évident. Le résultat était que huit mois plus tard, l'assuré souffrait toujours d'un genou, invalidant sa pratique professionnelle et fonctionnelle. Si l'on se référait aux antécédents de l'assuré, au mécanisme lésionnel, à l'examen clinique et au type de lésion méniscale, on était de toute évidence face à une lésion traumatique de ce ménisque. Dans ce cas précis, de clamer à la décompensation d'une lésion dégénérative tenait quasi de la malhonnêteté intellectuelle.
13. Le 17 décembre 2018, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il nécessitait une prise en charge chirurgicale et requis une reconsidération de son cas.
14. Le 15 janvier 2019, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin consultant de l'assurance, a rendu un avis médical.

Comme indiqué dans le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 mai 2018, l'assuré souffrait d'une lésion complexe du ménisque médial au genou droit, confirmée de manière claire par les images de l'IRM du 23 avril 2018 qu'il avait personnellement consultées. Etant donné leur morphologie principalement orientée à l'horizontale, ces altérations étaient apparues, selon un degré de vraisemblance prépondérante, de manière progressive sur une longue période, au sens d'une évolution dégénérative, qui partait de la substance interne du ménisque et s'étendait progressivement jusqu'à la surface inférieure. Il n'était pas possible d'identifier une influence due à un traumatisme particulier, ce qui s'accordait très bien avec le fait que l'assuré avait attendu plus de cinq mois après l'événement du 9 novembre 2017 pour suivre un traitement médical en raison de douleurs au genou droit. S'il avait subi une rupture aiguë du ménisque lors de la chute, la symptomatologie clinique aurait presque certainement été telle, qu'il aurait immédiatement consulté un médecin. Par ailleurs, après plus de cinq mois, le lien de causalité entre un traumatisme particulier et une lésion méniscale n'était plus que de l'ordre du possible.

L'assuré avait subi, le 9 novembre 2017, un traumatisme de distorsion du genou droit, pour lequel aucun document datant de cette période n'était disponible. Une première consultation médicale avait eu lieu le 17 avril 2018 et une IRM avait été réalisée le 23 avril 2018. Cette dernière avait fait ressortir, selon un degré de vraisemblance prépondérante, des lésions du ménisque médial qui devaient être considérées exclusivement comme dégénératives, permettant de fixer un statu quo sine morphologique concernant l'événement mentionné au 23 avril 2018. L'ensemble des éclaircissements et traitements effectués par la suite, y compris l'intervention arthroscopique prévue le 17 janvier 2019, étaient donc exclusivement étrangers à l'accident. La lésion complexe se développait sur plusieurs années et ne pouvait donc être liée à l'accident.

15. Le 15 janvier 2019, l'assurance a refusé de garantir l'hospitalisation de l'assuré pour une intervention prévue le 17 janvier 2019.
16. Le 17 janvier 2019, l'assuré a été opéré par le Dr C\_\_\_\_\_ (arthroscopie diagnostique genou droit, synovectomie partielle de voisinage, résection partielle du ménisque interne, suture-réinsertion du ménisque interne).
17. Par décision du 29 janvier 2019, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que la rupture méniscale, soit une lésion assimilée, était due de façon prépondérante à des modifications exclusivement dégénératives de l'articulation du genou droit, soit à une maladie préexistante ; les avis du Dr C\_\_\_\_\_ n'étaient pas suffisamment motivés sur la question de la causalité entre l'accident et la lésion ; le ménisque interne du genou droit pouvait également avoir subi, avec vraisemblance prépondérante, une déchirure méniscale entre l'événement du 9 novembre 2017 et la première consultation du 17 avril 2018 dans le cadre d'activités habituelles et quotidiennes ne remplissant pas la notion de l'accident au sens juridique du terme. La preuve que la rupture méniscale au ménisque interne du genou droit de l'assuré avait eu lieu 9 novembre 2017 ne pouvait pas être apportée avec vraisemblance

prépondérante vu que des activités habituelles, telle que le simple fait de marcher normalement, ne remplissant pas les critères de la définition de l'accident entraînent, au degré de la vraisemblance prépondérante, aussi en compte.

Selon l'expérience médicale générale, après un accident, on ne pouvait apercevoir sur les images d'un examen IRM que durant un court laps de temps de six à huit semaines la présence d'œdèmes traumatiques démontrant que le genou avait subi une certaine force provenant d'un facteur externe. Passé ce délai de six à huit semaines, les œdèmes traumatiques se résorbaient complètement et n'étaient donc plus visibles sur les images d'un examen IRM. Dans le même laps de temps de six à huit semaines, comme en présence d'œdèmes, après avoir subi des lésions traumatiques aux ménisques, aux ligaments et au cartilage, des transformations histologiques se produisaient naturellement dans ces zones touchées. Une fois que ces transformations histologiques avaient eu lieu dans un délai de six à huit semaines après un événement accidentel, aucun médecin, ni radiologue ni spécialiste en histologie ne pouvait, dès la neuvième semaine, déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante, la date exacte de l'événement et l'impact sur la structure du tissu endommagé.

Lors de la première consultation du 17 avril 2018, soit cinq mois après l'événement du 9 novembre 2017, il n'était donc plus possible de déterminer avec vraisemblance prépondérante l'âge exact de la lésion au ménisque interne du genou droit de l'assuré, vu que les transformations histologiques précitées étaient déjà intervenues. Les prises de position du Dr. C\_\_\_\_\_ du 30 mai 2018 et du 4 décembre 2018 ne pouvaient pas être suivies, car elles ne prenaient pas en considération l'évolution naturelle des transformations histologiques intervenues au ménisque interne du genou droit de l'assuré dans le laps de temps de six à huit semaines après l'événement du 9 novembre 2017. Enfin les explications du Dr. C\_\_\_\_\_ ne pouvaient pas non plus être suivies parce qu'elles se fondaient sur le raisonnement "post hoc, ergo propter hoc", à savoir que les maux invoqués par l'assuré devaient remonter au sinistre du 9 novembre 2017 parce qu'avant cet événement il ne présentait pas de douleurs au genou droit. De plus, le Dr. C\_\_\_\_\_ était le médecin traitant de l'assuré et pouvait en cas de doute prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unissait à celui-ci. Les constatations du Dr C\_\_\_\_\_ du 30 mai 2018 et du 4 décembre 2018 n'étaient par conséquent pas susceptibles de soulever un quelconque doute quant aux prises de position fiables et pertinentes du Dr D\_\_\_\_\_ du 24 mai 2018 et du 21 juin 2018 ainsi que du Dr E\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2019. L'assuré avait annoncé le cas tardivement et consulté le Dr C\_\_\_\_\_ que cinq mois après l'accident ; le lien de causalité naturelle ne pouvait, dans ces conditions, plus être établi ; l'interruption des prestations devait être maintenue.

18. Le 1<sup>er</sup> mars 2019, l'assuré, représenté par l'APAS, association permanence défense des patients et assurés, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et

à la condamnation de l'assurance à verser ses prestations au-delà du 23 avril 2018, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise judiciaire.

En présence d'une lésion assimilée, il incombait à l'assurance de prouver que celle-ci était due de façon prépondérante à l'usure ou à une maladie ; les médecins-conseils de l'assurance ne l'avaient jamais examiné ; ils écartaient les constatations du Dr C\_\_\_\_\_ lequel estimait que la déchirure oblique et verticale du ménisque interne était d'origine traumatique et non pas dégénérative. Le fait qu'il ait consulté le Dr C\_\_\_\_\_ en avril 2018 ne permettait aucunement de nier le lien de causalité naturelle, puisqu'il avait bénéficié dans l'intervalle d'un traitement symptomatique afin de calmer les douleurs qu'il avait en continu. Le délai de consultation pouvait également s'expliquer par l'espoir de voir ses douleurs diminuer grâce au traitement qui avait suivi l'accident et de l'agenda très chargé d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique du genou.

19. Le 14 juin 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours, au motif que les avis du Dr C\_\_\_\_\_ ne contenaient pas de motivation médicale concluante permettant de s'opposer à ceux des médecins-conseils ; l'assuré avait continué de travailler du 9 novembre 2017 au 17 avril 2018 alors même qu'il avait allégué avoir des douleurs ; cela permettait de douter de la causalité entre les lésions constatées et l'évènement du 9 novembre 2017.
20. Le 19 juillet 2019, l'assuré a répliqué ; depuis l'accident, il avait adopté une attitude conservatrice associée à des soins de base (application de pommades, bandages). De plus, il avait constaté qu'en proscrivant certains mouvements et flexions, il était apte à fonctionner plus ou moins normalement dans son travail. Son métier impliquant au surplus des périodes de travail en studio, de formation et de repos liées à son temps partiel, il avait pu préserver son genou de cette façon. En outre, suite à une première opération du genou gauche en 1997 dont le résultat était peu satisfaisant et ayant nécessité une seconde intervention, il était réticent à la perspective de devoir opérer son genou droit. Ce n'était que lors d'un nouveau tournage confronté à de nouvelles douleurs qu'il s'était résigné à prendre contact avec un médecin spécialiste du genou. Compte tenu de la charge professionnelle de celui-ci, le rendez-vous avait finalement été fixé au 17 avril 2018.

Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus prescrit d'arrêt de travail dès le 17 avril 2018, l'absence d'incapacité de travail depuis l'accident n'était pas pertinente ; selon le Dr C\_\_\_\_\_, le ménisque traumatisé pouvait donner naissance à une lésion complexe puisque la fracture méniscale allait partir du bord libre et très vraisemblablement se prolonger dans le trait horizontal. Enfin, dans un dernier rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ insistait sur le fait que la présence d'un œdème sous-chondral aurait été un argument en faveur d'une atteinte dégénérative du ménisque et que cet œdème était absent dans le cas concret.

Il a joint le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2019, selon lequel il existait un évènement accidentel bien identifié avec un mécanisme lésionnel adéquat et un

assuré asymptomatique et sportif, pratiquant une profession physique à risque ; certes, l'assuré présentait sur l'IRM un hypersignal horizontal caractéristique d'un remaniement intra-méniscal dont la prévalence était supérieure à 80 % dans cette classe d'âge. L'image démontrée dans le rapport montrait des changements de grade II. Ce type de ménisque là pouvait également être le siège d'un traumatisme. Une fois traumatisé, il pouvait donner naissance à une lésion complexe puisque la fracture méniscale allait partir du bord libre et très vraisemblablement se prolonger dans le trait horizontal. L'aspect structurel du ménisque lors de l'intervention était tout à fait satisfaisant et la languette disséquée était structurellement préservée. Ce ménisque était instable et s'était vu parfaitement stabilisé par les mises en place de suture. Une fois endommagé, comme une fois opéré, le tissu méniscal était toujours le siège d'un certain hypersignal qui rendait son analyse IRM délicate. L'assurance faisait la confusion avec les œdèmes traumatiques qui survenaient lors des lésions de passage associées aux ruptures du ligament croisé antérieur. La présence d'un œdème sous chondrale était un argument en faveur d'une atteinte dégénérative du ménisque. Cet œdème était absent. L'évaluation favorable après l'intervention plaidait en faveur d'une cause méniscale aux symptômes de l'assuré.

21. Le 21 août 2019, l'assurance a dupliqué, en relevant que le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ ne permettait pas de mettre en doute les conclusions des médecins-conseils. Elle a joint un avis du 6 août 2019 du Dr E\_\_\_\_\_, selon lequel après une rupture aiguë ou traumatique du ménisque, la symptomatologie se manifestait dans la plupart des cas par une limitation mécanique que les personnes concernées considéraient comme subjectivement très dérangeante. Ainsi, lors d'une déchirure méniscale en anse de seau, il se produisait souvent un blocage complet du genou dans une position fixe à partir de laquelle une flexion ou extension n'était plus possible, ce qui nécessitait alors un traitement en urgence pour rétablir la capacité de marche. Les déchirures en lambeau instables pouvaient provoquer des blocages intermittents qui se résolvaient d'eux-mêmes ou que les personnes concernées parvenaient à débloquent par des mouvements correspondants, mais qui survenaient généralement de façon récidivante tant qu'une part du ménisque demeurait instable ou hypermobile. La problématique décrite s'accompagnait généralement d'un épanchement intra-articulaire très marqué, qui provoquait lui aussi une limitation de la mobilité (généralement à la flexion) et qui était souvent considéré comme douloureux ou du moins dérangeant. Tous les symptômes mentionnés étaient pour la plupart des personnes concernées un motif largement suffisant pour consulter un médecin en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines. Ce n'était pas le cas chez cet assuré. Dans ce contexte, il fallait par ailleurs noter que l'assuré dépendait, pour une activité contraignante par intermittence, d'une mobilité si possible normale de ses genoux, telle qu'elle était donnée.

Dans le cas de l'assuré, il fallait aussi tenir compte du fait que l'IRM avait permis de déceler une lésion complexe sur l'axe horizontal, typique pour une évolution dégénérative chronique. Ajouté à la latence de cinq mois entre l'évènement et l'avis

d'accident bagatelle LAA et la première consultation chez le médecin, on pouvait, selon un degré de vraisemblance prépondérante partir du principe que le traumatisme du 9 novembre 2017 au genou droit de l'assuré n'avait pas provoqué une modification structurelle à caractère potentiellement durable. Le fait que l'IRM ait permis d'établir un status quo sine pouvait donc être considéré comme absolument correct. On pouvait donc en déduire que tous les examens et traitements réalisés par la suite étaient, selon un degré de vraisemblance prépondérante, exclusivement étrangers à l'accident. Le Dr C\_\_\_\_\_ confirmait que les modifications constatées dans l'IRM du 23 avril 2018 étaient caractéristiques pour des lésions intra méniscales, telles qu'on les trouvait chez plus de 80 % des personnes dans cette classe d'âge. Il se pouvait également que de telles modifications surviennent en conséquence d'un traumatisme, mais sans expliquer pourquoi ce serait justement le cas chez cet assuré. Cela correspondait au plus à un éventuel lien de causalité, qui devait être considéré dans le contexte de la longue latence entre l'évènement et la première appréciation par un médecin, qui excluait d'établir selon un degré de vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre le traumatisme et les lésions constatées. L'affirmation selon laquelle des œdèmes osseux apparaîtraient notamment lors de traumatismes provoquant une rupture du ligament croisé antérieur n'était pas tout à fait correcte. En cas d'évolution dégénérative, ils survenaient généralement en lien avec des lésions au cartilage articulaire (chondropathie) et n'apparaissaient pas en conséquence de lésions exclusivement méniscales. Leur absence n'excluait donc pas une lésion méniscale dégénérative.

22. A la demande de la chambre de céans les parties ont fourni des noms de spécialiste du genou, susceptible d'effectuer une expertise judiciaire.
23. Le 7 mai 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Docteur F\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a envoyé une copie de la mission d'expertise.
24. Le 18 mai 2020, l'assurance a requis la modification de deux questions de la mission d'expertise (4.1 et 5.1.4).
25. Le 2 juin 2020, l'assuré a requis la modification d'une question (5.1.2) et s'est opposée à la demande de l'assurance de modifier la question 4.1.

### **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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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.

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. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, soit le 9 novembre 2017, le droit du recourant 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<sup>er</sup> 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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est tenue à prestation au-delà du 23 avril 2018, pour les suites de l'accident du 9 novembre 2017.

6. 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; 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).

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 8C\_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

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 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA 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 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019, 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 LPG), 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 LPG, 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 LPG ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (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).

8. 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).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C\_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

9. En l'occurrence, au vu des conclusions clairement contradictoires, d'une part, du Dr C\_\_\_\_\_ (avis des 30 mai 2018, 4 décembre 2018 et 1<sup>er</sup> mai 2019), d'autre part, des Drs D\_\_\_\_\_ (avis des 25 mai 2018 et 21 juin 2018) et E\_\_\_\_\_ (avis des 15 janvier 2019 et 6 août 2019) quant à la cause accidentelle de la lésion au ménisque du recourant, il convient d'ordonner une expertise judiciaire orthopédique, laquelle sera confiée au docteur F\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, HFR Hôpital fribourgeois - Hôpital cantonal, Clinique de chirurgie orthopédique, 1708 Fribourg.

Les remarques des parties sur la mission d'expertise ont été intégrées dans celle-ci.



---

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

**Préparatoirement :**

I. Ordonne une expertise médicale orthopédique. La confie au docteur F\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

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 la personne expertisée, notamment le Dr C\_\_\_\_\_.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 La personne expertisée a-t-elle présenté une atteinte au ménisque ? En particulier une déchirure du ménisque ?

4.2 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ? Si oui, depuis quelle date ?

4.3. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident du 9 novembre 2017 ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

5.1.2 Le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ? Si oui, à partir de quelle date ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé

5.1.4 Le fait que la personne expertisée n'a consulté un médecin que plusieurs mois après l'accident du 9 novembre 2017, soit le 17 avril

2018, exclut-il tout lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident du 9 novembre 2017 ? Veuillez motiver votre réponse

5.1.5 L'IRM du 23 avril 2018 peut-elle déterminer si les atteintes sont d'origine traumatique ou dégénérative ?

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

5.3 Les lésions constatées sont-elles manifestement (soit une probabilité de plus de 50 %) dues à l'usure ou à la maladie ? Veuillez motiver votre réponse

5.3.1 L'imagerie montre-t-elle des altérations dégénératives ?

5.3.2 L'intervention chirurgicale du 17 janvier 2019 était-elle en lien de causalité probable (soit probabilité de plus de 50 %) avec l'accident du 9 novembre 2017 ?

## 6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

## 7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

## 8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

8.2 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.3 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

10. Veuillez vous prononcer sur la pertinence des avis médicaux des Drs C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

11. 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 fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le