

GE_GERICHTE ATAS/1293/2020 vom 22. Dezember 2020

GE Cour de justice, 2020-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1293_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1293/2020 du 22 décembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1293/2020 del 22 dicembre 2020

Erwägungen

E. 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.

E. 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).

E. 3

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, 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 1er janvier 2017.

E. 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

A/4353/2019 - 9/18 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge l'atteinte méniscale subie par le recourant, singulièrement si les conditions d'un accident, voire d'une lésion assimilée, sont réalisées.

E. 6

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 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. L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'exécuter ou tenter d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 ; RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que par rapport aux mouvements de la vie quotidienne, le basketball, respectivement le football, présentaient à l'évidence un potentiel de danger accru (course, accélérations, mouvements brusques en avant, en arrière et de côté, arrêts brusques). Même pour une personne qui pratiquait régulièrement ces sports, cela ne représentait pas des gestes de la vie courante, comme le fait de se déplacer dans une pièce, se lever, se coucher ou s'asseoir. Une brusque rotation du haut du corps dans une phase de jeu plus ou moins critique, alors que les pieds restaient fixés, constituait une sollicitation du corps plus importante que la normale. Dans de telles situations, la condition du facteur extérieur était remplie par ce mouvement plus ou moins antinomique du point de vue physiologique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_180/2007 et 8C_2018/2007 du 12 mars 2008 consid. 4.3, respectivement arrêt du Tribunal fédéral U 71/07 du 15 juin 2007 consid. 6.2). Le Tribunal fédéral a toutefois considéré que la brusque

A/4353/2019 - 10/18 - rotation du corps effectuée lors d'un match de basketball ne constituait pas un mouvement non coordonné, qui survenait quand le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel était interrompu par un empêchement non programmé lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le caractère extraordinaire du facteur faisait donc défaut (arrêt du Tribunal fédéral 8C_180/2007 et 8C_2018/2007 du 12 mars 2008 consid. 5). La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225/2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

E. 7

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue également 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 du 20 décembre 1982 (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. Jusqu'au 31 décembre 2016, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.1 et les références). Ainsi, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffisait que l'événement accidentel provoque en partie l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 171/05 du 23 mai 2006 consid. 4) malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prenait fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine était établi,

A/4353/2019 - 11/18 - c'est-à-dire lorsque l'état de santé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions étaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. On ne se fondait donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine (arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 et les références). c/aa. Depuis le 1er janvier 2017, le nouveau droit ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur. L'assurance-accidents est en effet tenue à prestations dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020 p. 3). Il s'agit d'une présomption légale que ladite lésion est assimilée à un accident. L'assureur peut toutefois prouver que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (Pierre GABUS / Lucile BONAZ, Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident : une révolution silencieuse, in RSAS 2019 p. 377). Pour que la preuve libératoire soit admise, il appartient à l'assureur-accidents de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur des avis médicaux probants, que la lésion corporelle est due, à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2). c/bb. Dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre. Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisés : - Dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur

des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que le statu quo ante vel sine soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1) ; - Dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50 % (consid. 8.2.2.1 et 8.6), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.2.2.2 concernant les notions d'usure et de maladie; consid. 9.1 pour le surplus). Dans le cas de l'art. 6 al. 2 LAA, l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin lorsque la lésion corporelle résulte à plus de 50 % de l'usure ou d'une maladie (voir Jenny CASTELLA, op. cit., p. 35).

A/4353/2019 - 12/18 - d. Contrairement à ce qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2016, en présence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assuré ne peut plus se contenter de « s'engouffrer » vers ce rattachement, en pensant qu'il s'agit d'une voie de facilité (cf. Pierre GABUS et Lucile BONAZ, op. cit, p. 383). Même en présence d'une lésion apparaissant sur la liste de la disposition précitée, il convient d'examiner si l'atteinte peut être rattachée à la notion ordinaire d'accident. Dans l'affirmative, l'assuré bénéficie de l'application de l'art. 36 al. 1 LAA. En d'autres termes, l'assureur ne peut se libérer de son obligation de prester que s'il démontre que l'atteinte à la santé est exclusivement due à la maladie. En fin de compte, ce n'est que dans les cas où les lésions ne sont pas consécutives à un accident que l'art. 6 al. 2 LAA est d'un intérêt pour l'assuré (ibidem).

E. 8

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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). c/aa. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment

d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un

A/4353/2019 - 13/18 - examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c/bb. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie

A/4353/2019 - 14/18 - adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). b. 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). c. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

a. En l'espèce, il ressort du dossier et de la présente procédure que le 19 mars 2019, alors qu'il jouait au badminton, le recourant a ressenti un claquage puis une douleur au genou gauche, laquelle était apparue lors d'un déplacement sur la droite, avec appui soutenu sur la jambe gauche et légère torsion du genou (cf. déclaration d'accident-bagatelle LAA du 29 mars 2019 et réponses au questionnaire de l'assurance données par le recourant le 25 avril 2019). Après environ trois semaines de repos, la douleur avait disparu, de sorte que le recourant a pu participer à un tournoi de badminton le week-end du 27 et 28 avril 2019. Au cours du huitième match, le recourant a, à nouveau, ressenti des douleurs au genou gauche. Il a ensuite

A/4353/2019 - 15/18 - consulté le Dr B _____ (réplique du 10 janvier 2020), lequel a ordonné l'IRM du genou gauche qui a montré diverses atteintes aux ménisques (cf. IRM du genou gauche du 24 mai 2019). L'atteinte au ménisque interne, en tant qu'il s'agit d'une rupture, ou en d'autres termes, d'une déchirure, est constitutive d'une lésion corporelle assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, ce qui n'est pas contesté. Si ladite lésion est apparue consécutivement à un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, l'intimée doit prendre en charge les suites jusqu'à ce que l'accident en question ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte, soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que le *staut quo ante vel sine* soit atteint. En revanche, si la lésion n'est pas consécutive à un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, la prise en charge s'examine conformément à l'art. 6 al. 2 LAA et dans un tel cas, l'assurance doit prendre en charge les suites de cette lésion à moins qu'il ne démontre qu'elle soit due à plus de 50 % à l'usure ou à une maladie. La première question à résoudre est dès lors celle de l'existence d'un accident. b. Comme indiqué précédemment, il ressort du dossier et de la présente procédure que le recourant a participé à deux matchs de

badminton, au cours desquels des douleurs sont apparues au niveau du genou gauche. Le dossier comporte une description plus précise du déroulement du match du 19 mars 2019 que de celui du 28 avril 2019. Cela étant, quel que soit le déroulement, la condition du facteur extérieur est remplie. En effet, une brusque rotation du haut du corps dans une phase de jeu plus ou moins critique, alors que les pieds restent fixes, est dans l'ordre des choses dans un match de badminton. Or, une telle rotation constitue une sollicitation du corps plus importante que la normale (cf. dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_180/2007 et 8C-2018/2007 du

E. 12

mars 2008 consid. 5). Partant, quel que soit l'événement retenu, en l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire, les lésions au ménisque ne sont pas consécutives à un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. c. La prise en charge par l'intimée s'examine par conséquent conformément à l'art. 6 al. 2 LAA. Selon cette disposition, le droit du recourant aux prestations de l'intimée est présumé dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée. L'assurance peut toutefois se libérer de son obligation de prester en apportant la preuve que la lésion en question est due à plus de 50 % à l'usure ou à

A/4353/2019 - 16/18 - la maladie en se fondant sur des rapports médicaux probants (cf. consid. 7c/aa supra). En l'occurrence, l'IRM du 24 mai 2019 a notamment montré une rupture radiaire subtotale de la racine postérieure du ménisque latéral et une fissure horizontale de la corne postérieure du ménisque médial. Le diagnostic de déchirure du ménisque interne a ainsi été posé (cf. rapport du Dr B_____ du 6 juin 2019). Il s'agit là d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 6 al. 2 let. c LAA, ce qui n'est pas contesté (cf. décision sur opposition 29 octobre 2019 ch. 10 p. 11), pour laquelle l'intimée doit intervenir à moins qu'elle ne prouve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ladite atteinte est due à plus de 50 % à l'usure ou à la maladie. Il est établi que le genou du recourant comporte également d'autres atteintes, de nature dégénérative, notamment une chondropathie, ce qui laisse présumer que dans l'ensemble, son genou était déjà atteint avant les événements de mars et avril 2019. La question qui se pose est ainsi celle de savoir si, en concours avec l'état dégénératif antérieur du genou, les mouvements du recourant, lors des matchs de mars et avril, ont pu contribuer à causer les lésions méniscales en question et, dans l'affirmative, si leur influence est de plus ou de moins de 50 %. Si leur influence est de moins de 50 %, cela revient à considérer que les atteintes méniscales sont dues à plus de 50 % à l'usure ou à la maladie et dans un tel cas, l'intimée peut refuser de prester. Se fondant sur les rapports de son médecin-conseil, l'intimée prétend que les événements de mars (et avril) 2019 ont contribué à moins de 50 % à la survenance de l'atteinte méniscale, soit en d'autres termes que lesdites atteintes sont essentiellement d'origine dégénérative. Pour pouvoir être prises en considération, les appréciations du Dr C_____ des

E. 14

juin, 22 juillet et 9 septembre 2019 doivent remplir les exigences formelles et matérielles auxquelles sont soumises les preuves médicales (cf. dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.2). Concrètement, elles doivent comporter une étude fouillée des points litigieux importants et une anamnèse, se fonder sur des examens complets, prendre en considération les plaintes exprimées par le recourant. De plus, la description des interférences médicales doit être claire et les conclusions de l'expert doivent

être bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Or, force est de constater que les appréciations des 14 juin, 22 juillet et 9 septembre 2019 ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels susmentionnés dès lors qu'elles ne comprennent pas d'anamnèse, de description des plaintes ou encore de motivation. Certes, les appréciations des 22 juillet et 9 septembre 2019 sont plus détaillées. Elles comportent toutefois des considérations d'ordre général et n'examinent pas le cas particulier du recourant. En effet, pour établir que les lésions mises en évidence ont une origine dégénérative, il n'est pas suffisant, comme s'est

A/4353/2019 - 17/18 - contenté de le faire le Dr C_____, de se référer de manière générale au type de traitement prescrit ou encore d'expliquer théoriquement le processus dégénératif chez un patient de plus de 40 ans, sans examiner le cas particulier. Dans une telle situation, où l'assureur refuse d'intervenir, on est en droit d'attendre du médecin qui entend nier l'origine traumatique des lésions et, partant, retenir une origine dégénérative, qu'il étaye son point de vue et fournisse à tout le moins des explications circonstanciées sur le processus – non traumatique – qu'il estime être à l'origine de l'ensemble des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme traumatique n'a pas pu objectivement causer l'ensemble desdites lésions, ou du moins l'aggraver. Or, le Dr C_____ s'est épargné un tel examen alors qu'il a lui-même évoqué une lésion d'origine traumatique dans son appréciation du 9 septembre 2019. Dans de telles circonstances, rien ne permet en l'état de penser que les lésions subies par le recourant à son genou gauche auraient principalement pour origine un état maladif ou dégénératif préexistant, ce d'autant moins que le médecin-conseil a lui-même évoqué des lésions traumatiques. Dès lors que le fardeau de la preuve appartient à l'assurance et que celle-ci n'a pas été en mesure de fournir des appréciations probantes à l'appui de son refus de prester, la décision sur opposition doit être annulée, sans qu'une instruction complémentaire ne soit nécessaire (cf. dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3). 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 29 octobre 2019 sera annulée. Quand bien même le recourant obtient gain de cause, il n'est pas représenté, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/4353/2019 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.