

GE_GERICHTE A/2155/2023 vom 16. April 2024

GE Cour de justice, 2024-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2155_2023

FR: GE_GERICHTE A/2155/2023 du 16 avril 2024

IT: GE_GERICHTE A/2155/2023 del 16 aprile 2024

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

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.

E. 1.3

Le 1^{er} janvier 2021 est entré en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours ayant été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).

E. 1.4

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

E. 1.5

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.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations pour accident au-delà du 12 janvier 2022, en particulier de savoir si l'événement du 5 décembre 2021 n'est plus la cause des troubles au genou gauche du recourant postérieurement au 12 janvier 2022.

E. 3.1

L'art. 6 LAA règle les cas d'octroi des prestations d'assurance.

E. 3.1.1

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; cf. ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

E. 3.1.2

Selon 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 déboitements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

E. 3.1.3

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (cf. ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (cf. ATF 146 V 51 consid. 9.1).

E. 3.1.4

À cet égard, la question de savoir si le recourant a présenté une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, comme indiqué par le médecin-conseil, peut demeurer ouverte dans la mesure où il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 5 décembre 2021 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, la cause devant ainsi être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA comme le prévoit la jurisprudence précitée.

E. 3.2

À teneur de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le

chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie et l'hôpital ou l'établissement de cure dans lequel il veut se faire soigner (al. 2). Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile (al. 3).

E. 3.3

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.3.1

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 3.3.2

En relation avec les art. 10 LAA (droit au traitement médical) et 16 LAA (droit à l'indemnité journalière), l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle. Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.1.1).

E. 3.3.3

Selon la jurisprudence, les causes pertinentes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA comprennent également les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Une atteinte traumatique dommageable fonde ainsi un droit aux prestations d'assurance même lorsque sans l'événement assuré, le dommage serait survenu tôt ou tard et qu'ainsi, l'accident constitue la condition sine qua non uniquement pour ce qui concerne le moment de la survenance du dommage. En revanche, la situation est différente si

l'accident ne constitue qu'une cause occasionnelle ou fortuite – qui rend manifeste un risque présent qui aurait pu se produire à tout moment – et qu'il est dépourvu de toute portée propre d'un point de vue causal (arrêts du Tribunal fédéral 8C_337/2016 du 7 juillet 2016 consid. 4.1.1 ; U 413/05 du 5 avril 2017 consid. 4.2 ; Doris VOLLENWEIDER, Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 19 ad art. 36 LAA).

E. 3.3.4

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 3.3.5

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.

E. 3.4

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

E. 3.4.1

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). À cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt récent qu'à supposer l'implication chez l'assuré de troubles dégénératifs préexistants, si leur origine exclusivement maladie n'a pas été établie,

même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (arrêt du Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

E. 4.1

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).

E. 4.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 4.3

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

E. 4.3.1

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 4.3.2

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

E. 4.3.3

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

E. 4.3.4

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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. 5

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 6.1

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 LPGGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGGA). 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 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).

E. 6.2

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a précisé qu'avant que la question du fardeau de la preuve ne se pose, les faits doivent être clarifiés correctement et complètement dans le cadre du principe inquisitoire de l'assureur-accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_379/2023 du 9 janvier 2024 consid. 4.3.2).

E. 7.1

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 7.2

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 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. 8

En l'espèce, la décision litigieuse met fin aux prestations avec effet au 13 janvier 2022, singulièrement au paiement des frais encourus par le recourant après le 12 janvier 2022, incluant l'opération chirurgicale de la mise en place de la prothèse totale de son genou gauche du 22 octobre 2022. Il convient d'examiner si l'intimée pouvait considérer valablement que les troubles liés au genou gauche du recourant n'étaient plus dus à l'accident du 5 décembre 2021 à compter du 13 janvier 2022 et, par conséquent, de nier la prise en charge de frais médicaux au-delà du 12 janvier 2022.

E. 8.1

La chambre de céans retient que l'intimée s'est entièrement fondée sur les appréciations de son médecin-conseil, le Dr H_____, ce dernier ayant examiné l'entier du dossier de l'intimée ainsi que les différents rapports du Dr G_____ qui ont été versés au dossier sans avoir procédé à l'examen clinique du recourant. Sur cette base, l'intimée a conclu à l'absence d'un lien de causalité suffisante entre l'événement du 5 décembre 2021 et les troubles du genou gauche du recourant à compter du 13 janvier 2022, au motif qu'il n'existait pas d'atteinte traumatique et que les lésions étaient d'origine malade. Selon l'intimée, la prise de position du Dr G_____ ne laisse pas subsister de doutes sur la fiabilité et la pertinence des conclusions du Dr H_____, dans la mesure où elle se limite uniquement à énumérer la chronologie des faits sans apporter de réels éléments de nature médicale qui puissent rendre vraisemblable l'existence d'un lien de causalité probable entre l'événement et les troubles au genou gauche après le 12 janvier 2022. Le recourant conteste cette appréciation et soutient, en se fondant sur l'avis du Dr G_____, son orthopédiste-traitant, que l'événement du 5 décembre 2021 doit être considéré comme un accident propre à entraîner les troubles de son genou gauche, de sorte qu'il incombe à l'intimée de prendre en charge les traitements pour les atteintes de son genou gauche au-delà du 12 janvier 2022, et notamment l'intervention chirurgicale de la mise en place de la prothèse totale du genou gauche. Il estime que l'instruction est lacunaire, aucune instruction complémentaire n'ayant été entreprise à la suite des avis divergents des Drs H_____ et G_____. Selon le recourant, il faut reconnaître une pleine force probante aux appréciations du Dr G_____ qui sont claires et

dont les conclusions sont motivées.

E. 8.2

Il convient d'examiner la valeur probante des rapports médicaux du Dr H_____ sur lesquels se base entièrement l'intimée pour rendre sa décision litigieuse.

E. 8.2.1

Le Dr H_____ considère que, à la suite de l'accident du 5 décembre 2021, le recourant a subi une entorse bénigne du genou gauche qui devait être considérée comme guérie au 12 janvier 2022 au plus tard. Les troubles au genou gauche postérieurs à cette date sont d'origine malade, ce qu'il motive par le fait qu'il existe des éléments étrangers à l'événement, notamment une nécrose du condyle fémoral interne gauche, et qu'il n'existe pas de signes de lésions traumatiques (cf. appréciation du 4 octobre 2022 du Dr H_____).

E. 8.2.2

Il convient de relever l'absence de précision et de clarté de certains éléments soulevés par le médecin-conseil dans ses différents avis médicaux ainsi que plusieurs incohérences mettant en doute la fiabilité de ses conclusions. Tout d'abord, dans ses différents rapports médicaux, le Dr H_____ a expliqué les raisons pour lesquelles il ne saurait conclure à une fracture ostéochondrale. Parmi ces raisons, il cite l'argument selon lequel il n'existe pas d'épanchement articulaire, dont la présence aurait témoigné en faveur d'une fracture. Or, cet argument est contredit par les pièces du dossier. Tout d'abord, les rapports des Drs E_____ et F_____, qui se réfèrent aux IRM des 12 janvier, 25 avril et 15 août 2022 et qui ne sont pas discutés par le médecin-conseil, dénotent la présence d'un épanchement au genou gauche. En effet, à la suite de l'IRM du 12 janvier 2022, le Dr E_____ observe une lame d'épanchement articulaire (cf. rapport médical du 12 janvier 2022 du Dr E_____). Quant à la Dre F_____, après l'observation des images des IRM des 25 avril et 15 août 2022, elle fait état d'une augmentation de l'épanchement articulaire (cf. rapports médicaux des 26 avril et 16 août 2022 de la Dre F_____). Un épanchement intra-articulaire est également décelé par le Dr D_____ lors de l'examen clinique du recourant du 7 février 2022 (cf. rapport médical du 8 mars du Dr D_____). Cette assertion n'est pas discutée par le Dr H_____, qui prend uniquement en compte la conclusion faite dans le rapport du 5 janvier 2022 par le Dr D_____, qui n'avait pas décelé d'épanchement lors de l'examen clinique du 9 décembre 2021 (cf. appréciation du 25 juillet 2023 du Dr H_____ ; rapport médical du 5 janvier 2022 du Dr D_____). Le médecin-conseil estime en outre qu'en cas de fractures autour du genou, les plaintes sont généralement très importantes et les examens complémentaires, tels qu'un CT-Scan ou une IRM, sont effectués assez rapidement après le traumatisme, sous-entendant que tel n'était pas le cas du recourant. Or, il apparaît que des radiographies standards ont été effectuées sur le recourant le 15 décembre 2021, soit 10 jours après l'événement (cf. appréciation du 4 octobre 2022). Le recourant a en outre fait état de « douleur de plus en plus forte » suite à son faux mouvement et d'une incapacité à se mouvoir (cf. déclaration d'accident du 15 décembre 2021). Par ailleurs, la Dre C_____ a retenu une impotence fonctionnelle et une douleur au niveau du creux poplité gauche (cf. rapport initial LAA du 30 décembre 2021 de la Dre C_____). Le Dr G_____ a également relayé l'état d'impotence et de douleur du recourant dans les suites immédiates de l'événement du 5 décembre 2021 (cf. rapports médicaux du 10 octobre 2022 et du 28 juin 2023 du Dr G_____). Le Dr D_____ a indiqué avoir examiné le recourant le 9 décembre 2021, soit quatre jours après l'incident, en raison de la persistance de ses douleurs et a dénoté une vive

douleur à la palpation du ménisque interne (cf. rapport du 5 janvier 2022 du Dr D_____). Par conséquent, les médecins ayant examiné le recourant font tous état d'importantes plaintes ainsi que d'une situation d'impotence, ce que le médecin-conseil ne semble pas avoir pris en compte dans ses différentes appréciations médicales. Le médecin-conseil indique par ailleurs que l'aspect à l'IRM d'une fracture montre généralement un œdème beaucoup plus important de la zone concernée, bien qu'un œdème osseux puisse se trouver tant dans des lésions dégénératives que dans des lésions traumatiques. Or, le Dr D_____ a observé un important œdème osseux sur l'IRM du 12 janvier 2022 (cf. rapport médical du 8 mars 2022 du Dr D_____) et la Dre F_____ a fait état d'une augmentation de l'œdème épiphyso-métaphysaire (cf. rapport du 26 avril 2022 de la Dre F_____). De plus, le Dr H_____ parvient à la conclusion que le recourant n'a pas souffert d'une fracture à la suite de son accident du 5 décembre 2021 mais d'une entorse qui aurait guéri après plusieurs semaines, de sorte que seule l'ostéonécrose du condyle fémoral interne du genou gauche subsiste, l'origine malade de celle-ci étant probable, voire certaine, notamment en raison de l'existence de plusieurs facteurs extérieurs. Il s'appuie sur l'IRM du 12 janvier 2022 qui met en évidence l'ostéonécrose et retient cette date comme celle du status quo sine de l'entorse bénigne du genou (cf. appréciation du 4 octobre 2022 du Dr H_____). Le médecin-conseil a constaté l'existence d'une ostéonécrose du condyle fémoral interne du genou et d'affirmer que l'accident du 5 décembre 2021 tel que décrit par le recourant n'était pas susceptible de provoquer de fracture. Or, le médecin-conseil n'établit pas encore que l'accident n'aurait joué aucun rôle sur les lésions actuelles du recourant et qu'un état préexistant en serait la cause exclusive. En effet, le Dr H_____ semble considérer qu'une absence de fracture ostéochondrale est suffisante pour réfuter le lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2021 et les plaintes du recourant à partir du 12 janvier 2022 qui ont nécessité la mise en place de la prothèse totale du genou gauche. Toutefois, l'absence de fracture n'est pas un élément qui exclurait tout lien de causalité entre l'accident et les plaintes du recourant. Quand bien même il ne s'agit que d'une torsion, il convient d'examiner si celle-ci n'a pas affecté le genou du recourant au-delà de la période de guérison qui est de 4 à 6 semaines telle qu'indiquée par le Dr H_____. Or, le médecin-conseil n'explique pas de manière claire et probante les raisons pour lesquelles il a conclu que la torsion du genou du recourant est considérée comme guérie et qu'elle n'a plus d'incidence sur le recourant après le 12 janvier 2022 (cf. appréciation du 4 octobre 2022 du Dr H_____). Le seul fait que l'IRM du 12 janvier 2022 a révélé une ostéonécrose du condyle fémoral et qu'il existe des facteurs extérieurs pouvant influencer la survenance d'une telle lésion n'est pas suffisant pour établir que l'origine des lésions du recourant est exclusivement malade. Il a également expliqué que le fait que le recourant ne présentait pas de plainte du genou gauche avant l'accident du 5 décembre 2021 n'était pas en contradiction avec la présence d'un état malade, un tel état ayant été révélé par le faux mouvement (cf. appréciation du 16 mai 2023 du Dr H_____). Une telle affirmation laisse penser que l'état malade du recourant est apparu consécutivement à l'accident, ce qui obligerait l'intimée à allouer des prestations jusqu'à ce que l'accident ne constitue plus la cause naturelle du dommage (cf. ATF 146 V 51). De plus, le fait que l'IRM du 12 janvier 2022 révèle une ostéonécrose ne permet pas de conclure à l'origine exclusivement malade des atteintes du recourant dans la mesure où même s'il s'agit d'une lésion dégénérative préexistante, celle-ci peut avoir été aggravée par l'accident, ce qui suffit, au regard de la jurisprudence, pour que l'assureur-accident soit tenu de prendre en charge les suites de cet événement aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas établi (cf. arrêt du

Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024). Par ailleurs, contrairement à ce qu'indique le médecin-conseil dans son appréciation du 4 octobre 2022, le Dr D_____ n'a pas retenu le diagnostic de nécrose du condyle fémoral interne « dans son rapport initial ». Ce dernier, après avoir examiné le recourant le 9 décembre 2021, a conclu à une « entorse versus déchirure du ménisque interne » (cf. rapport médical du 5 janvier 2022 du Dr D_____) et, à la suite de l'examen clinique du 5 janvier 2022, a déclaré « pencher » en faveur d'une lésion du ménisque interne (cf. rapport médical du 5 janvier 2022 du Dr D_____). Après l'IRM du 12 janvier 2022, le Dr D_____ a fait état d'un important œdème osseux témoignant d'une très probable contusion osseuse (cf. rapport médical du 8 mars 2022 du Dr D_____). L'ostéonécrose aseptique a été décrite pour la première fois par le Dr E_____ suite à l'IRM du 12 janvier 2022, où il précise qu'il s'agit d'une « ONA » organisée et étendue dans le condyle fémoral interne (cf. rapport médical du 12 janvier 2022 du Dr E_____), et dont l'évolution sera confirmée par la Dre F_____ suite aux IRM des 25 avril et 15 août 2022 (cf. rapports médicaux du 26 avril et du 16 août 2022 de la Dre F_____). Enfin, le Dr H_____ mentionne le nombre de pas quotidiens effectués par le recourant qui traduit une surcharge possible du genou, sans indiquer la conséquence d'une telle surcharge, ni en quoi elle constituerait un élément à prendre en compte pour nier le lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2021 et les lésions du genou du recourant à partir du 13 janvier 2022 (cf. appréciation du 16 mai 2023 du Dr H_____). La chambre de céans considère que le médecin-conseil n'étaye pas suffisamment son point de vue et ne fournit pas d'explications médicales circonstanciées et fiables sur le processus non traumatique qu'il estime être à l'origine des atteintes constatées, ainsi que les raisons pour lesquelles le mécanisme accidentel n'aurait objectivement pas pu causer l'ensemble de ces atteintes. À défaut de quoi, il existe des éléments pouvant mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr H_____ , de sorte que la chambre de céans ne peut retenir la valeur probante de ses rapports médicaux.

E. 8.3

Le recourant se prévaut des rapports établis par le Dr G_____ , son orthopédiste-traitant, lequel aboutit à la conclusion que le recourant est atteint d'une lésion ostéochondrale post traumatique qui a évolué défavorablement et seule une prise en charge chirurgicale visant à la mise en place d'une prothèse totale du genou permet de résoudre cette atteinte. La chambre de céans ne saurait se fonder exclusivement sur les rapports de l'orthopédiste-traitant pour reconnaître un lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2021 et les lésions que présentent le recourant au-delà du 12 janvier 2022. Selon les rapports au dossier, aucun autre médecin ayant examiné le recourant ne parvient à la conclusion claire d'une fracture ostéochondrale ayant évolué défavorablement.

E. 8.4

Force est de constater que l'instruction médicale est lacunaire. Les éléments versés au dossier ne permettent pas d'établir l'état de santé du recourant de manière précise, notamment les atteintes exactes de son genou gauche. De plus, le dossier ne contient aucun rapport relatif aux radiographies standards des deux genoux du 15 décembre 2021. Le médecin-conseil n'a pas commenté la radiographie du genou droit ni comparé celle-ci avec celle du genou gauche afin de vérifier s'il présentait également un état maladif. En outre, ni le Dr H_____ ni le Dr G_____ n'ont tenu compte des rapports médicaux des Drs E_____ et F_____ faisant suite aux IRM des 12 janvier, 25 avril et 15 août 2022, révélant des atteintes qui n'ont pas été commentées. Ainsi, l'intimée, qui conclut que les atteintes au

genou gauche du recourant sont exclusivement malades depuis le 13 janvier 2022, n'a pas assez instruit cette question. Ni l'existence des troubles dégénératifs ni leur influence sur le recourant n'ont été mises en évidence de façon précise. Il en va de même de la question de savoir si l'accident a déclenché ou aggravé ces atteintes dégénératives.

E. 8.5

Compte tenu de tous ces éléments, il apparaît que la décision contestée repose sur une instruction insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction et qu'elle mette en œuvre une expertise en application de l'art. 44 LPGA.

E. 9

Eu égard de tout ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision sur opposition du 25 mai 2023 et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 10

La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause dans la procédure de recours, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). **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.