

GE_GERICHTE A/812/2014 vom 23. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_812_2014

FR: GE_GERICHTE A/812/2014 du 23 mars 2015

IT: GE_GERICHTE A/812/2014 del 23 marzo 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.03.2015
A/812/2014

A/812/2014 ATAS/217/2015 du 23.03.2015 (LAA) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/812/2014
ATAS/217/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 mars
2015 10 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY, représenté
par B_____ SA recourant contre AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse
40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
BERGMANN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le
recourant), né le _____ 1964, travaille à plein temps pour le compte de C_____ SA
(ci-après : l'employeur), depuis le 26 septembre 1996. A ce titre, il est assuré pour les
accidents professionnels et non-professionnels et les maladies professionnelles auprès
d'AXA ASSURANCE SA (ci-après : l'assureur).! [endif]>! [if> 2. Le 2 février 2013,
l'assuré a été victime d'un accident de ski de fond. Il a perdu l'équilibre sur une partie
verglacée du parcours qu'il empruntait : il est tombé sur le genou droit.! [endif]>! [if> 3.
Le 25 février 2013, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et
médecin traitant de l'assuré, lui a prescrit 6 séances de physiothérapie en raison de douleurs
par surcharge du genou droit, découlant d'une maladie.! [endif]>! [if> 4. Le 11 juin
2013, une IRM du genou droit a été réalisée par le Dr E_____, radiologue, à la demande du
Dr D_____, en raison de gonalgies, notamment lors de la flexion au niveau du creux poplité
au versant interne dans le contexte de la course à pied. Le Dr E_____ a relevé une déchirure
complexe des cornes moyenne et postérieure du ménisque interne libérant partiellement
deux languettes fibro-cartilagineuses, accompagnée d'une discrète chondropathie
fémoro-tibiale interne et de discrets remaniements du ménisque externe accompagnés d'une
minime chondropathie tibiale externe.! [endif]>! [if> 5. Le 12 juin 2013, une déclaration
de sinistre bagatelle LAA relative à l'accident du 2 février 2013 a été adressée à l'assureur.
Une déchirure du ménisque du genou droit était annoncée.! [endif]>! [if> 6. Le 23 juin
2013, l'assuré a indiqué à l'assureur qu'il n'avait jamais été victime d'un accident avec
lésion du genou droit avant le 2 février 2013. Les troubles dont il souffrait n'étaient pas
d'origine malade. Il n'avait jamais subi d'opération.! [endif]>! [if> 7. Dans un rapport
du 5 juillet 2013, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie
de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic provisoire
d'entorse méniscale interne droite avec déchirure. Il a relevé que ce dernier avait subi une
torsion du genou droit début février 2013. L'assuré présentait des douleurs fémoro-tibiales
internes modérées. Cette atteinte était en lien de causalité avec l'accident. Un repos sportif
était prescrit. Aucune incapacité de travail n'était à relever.! [endif]>! [if> 8. Dans un
rapport du 4 septembre 2013, le Dr D_____ a diagnostiqué une déchirure du ménisque
interne. L'assuré se plaignait de douleurs au genou droit. Celles-ci étaient stables. Aucune

incapacité de travail n'entraîne en ligne de compte. 9. Dans un rapport du 11 octobre 2013, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a relevé que l'IRM du 11 juin 2013 montrait effectivement une chondropathie de tout le compartiment interne avec des signes de surcharge sur le plateau tibial interne sous la lésion méniscale qui était complexe, multiple et horizontale. L'ensemble de ces éléments à l'IRM étaient typiques d'une lésion dégénérative du compartiment interne chez un homme de 50 ans. Il ajoute : « Si l'on prend ces éléments plus l'indication des gonalgies dans le contexte de la course à pied, une première facture adressée en LAMal, une déclaration rétrospective d'un accident cinq mois plus tard ; tous ces éléments font que sur le plan de la causalité naturelle qui régit la LAA la causalité n'est que possible. ... ». Si l'assureur retenait la notion d'accident, le Dr G_____ concluait à une entorse simple du genou avec statu quo sine au plus tard six semaines après l'événement du 2 février 2013. 10. Par décision du 11 novembre 2013, l'assureur a mis fin à ses prestations avec effet au 16 mars 2013 et retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Le statu quo sine avait été atteint à compter du 16 mars 2013. 11. Le 10 décembre 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à son annulation et à ce que l'assureur verse ses prestations au-delà du 16 mars 2013. Subsidiairement, il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. Les conditions de l'admission de l'accident étaient réalisées. Les liens de causalité naturelle et adéquate avaient été admis, de sorte que les prestations de l'assureur pouvaient être servies. Dès lors, la suppression des prestations n'était admise que si l'assureur apportait la preuve que le statu quo sine ou quo ante avait été atteint. Le Dr G_____ s'était focalisé sur des éléments administratifs plutôt que sur la problématique médicale. Le fait de ne pas être allé immédiatement chez un médecin après l'accident et de ne pas avoir immédiatement annoncé le sinistre était assez typique des lésions au ménisque, lesquelles provoquaient des douleurs assez peu invalidantes, mais persistantes et gênantes lors de la pratique de certaines activités sportives. Par ailleurs, le Dr G_____ n'avait pas consulté les images radiologiques, n'avait pas établi son anamnèse et n'avait pas discuté les avis contraires des médecins-traitants. 12. Dans un rapport du 28 janvier 2014, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'assureur, a diagnostiqué une lésion méniscale complexe, multi-fragmentaire, intra-murale, en grande partie horizontale dans la partie interne moyenne et au niveau de la corne postérieure, une chondropathie prononcée du compartiment interne de l'articulation fémorale et tibiale et un status après chute sur le genou droit le 2 février 2013. La complexité de la lésion méniscale interne accompagnée de déchirures multiloculaires, principalement horizontales combinées à une chondropathie fémorale et tibiale permettait au Dr H_____ de conclure de façon certaine à une évolution de forme dégénérative. Cependant, l'IRM du 11 juin 2013 avait également révélé une déchirure en forme de languette au niveau de la corne postérieure. Il n'était donc pas possible de nier complètement l'éventualité que cette déchirure ait pu se produire lors de l'accident du 2 février 2013 sur un ménisque déjà abîmé. Si tel devait être le cas, il conviendrait de retenir au moins une aggravation temporaire d'un état préexistant et donc de prendre en charge les suites de l'accident jusqu'à la date d'une éventuelle arthroscopie, celle-ci incluse. Cette hypothèse ne pouvait malheureusement pas être vérifiée a posteriori et il était impossible de prouver le contraire. Dans l'ensemble, le Dr H_____ partageait l'avis du Dr G_____. Il convenait de retenir la présence d'un état dégénératif préexistant, bien que la question reste ouverte de savoir si l'accident n'avait pas entraîné possiblement une déchirure supplémentaire. En partant du principe que l'accident du 2 février 2013 avait

entraîné une déchirure du ménisque – celui-ci étant déjà fortement endommagé et altéré par un processus dégénératif préexistant – les conditions de prise en charge auraient été remplies d'un point de vue diagnostique. Toutefois, il n'était plus possible de juger d'un point de vue médico-scientifique, si l'on se trouvait en présence d'un état préexistant simplement activé ou si une lésion supplémentaire s'était produite le 2 février 2013. La conduite d'une expertise médicale n'aboutirait qu'à des suppositions en matière de causalité. Il était néanmoins possible de dire avec certitude que l'état préexistant était le principal facteur responsable des troubles actuels. Compte tenu de ce qui précède, il appartenait à l'assureur de décider s'il y avait lieu de donner suite à l'opposition ou non.!

13. Par décision du 14 février 2014, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Selon le principe de la vraisemblance prépondérante et les rapports des Drs G_____ et H_____ dont la valeur probante devait être reconnue, le statu quo sine devait nécessairement avoir été atteint rapidement après l'événement du 2 février 2013. En effet, l'assuré avait présenté rapidement des symptômes identiques à ceux qui auraient existé si l'accident ne s'était pas produit. Selon ces mêmes médecins, il ne faisait aucun doute que la lésion au ménisque dont souffrait l'assuré entraînait dans le cadre d'un état dégénératif du genou droit. Il n'était pas démontré, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, que la déchirure sous forme de languette au niveau de la corne postérieure avait été provoquée par l'accident, de sorte que le devoir de prester ne pouvait s'étendre au-delà de la date fixée du statu quo sine. Seul l'assuré contestait l'avis du Dr G_____. Or le Dr H_____ avait confirmé la teneur du rapport de ce dernier. Ces rapports ayant une pleine valeur probante, la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire requise subsidiairement par l'assuré devait être écartée.!

14. Dans un rapport du 18 mars 2014, le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que si l'assuré avait eu un accident conformément aux circonstances décrites et s'il n'avait pas d'antécédent au genou droit, il convenait de prendre en charge les suites de l'accident dans la mesure que préconisait le Dr H_____. En effet, l'assuré avait consulté relativement peu de temps après l'accident et la lésion méniscale avait été objectivée radiologiquement moins de 2 mois après l'événement. La mise en œuvre d'une expertise médicale externe était conseillée.!

15. Par acte du même jour, l'assuré a, par l'intermédiaire d'un mandataire, interjeté recours contre la décision sur opposition du 14 février 2014, concluant principalement à son annulation et au versement des prestations légales pour les suites de l'accident du 2 février 2013 au-delà du 16 mars 2013, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, sous suite de frais et dépens.!

Pour pouvoir cesser la prise en charge au-delà du 16 mars 2013, il appartenait à l'intimée de démontrer que le statu quo ante ou sine était atteint, ce qui n'avait pas été le cas. En effet, l'intimée s'était fondée sur le rapport du Dr G_____, lequel avait axé son analyse sur les aspects administratifs du dossier, au lieu d'étudier la problématique médicale. Quant au Dr H_____, il avait préconisé une prise en charge du cas jusqu'à la date d'une éventuelle arthroscopie, celle-ci incluse, et confirmé ne pas être en mesure de clarifier la situation sous l'angle médical, laissant le soin à l'intimée de se prononcer. Dans la mesure où l'intimée ne suivait pas les recommandations du Dr H_____, il lui appartenait de mettre en œuvre une expertise médicale. 16. Dans sa réponse du 16 mai 2014, l'intimée a, par l'intermédiaire de son conseil, conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 14 février 2014 et de sa décision du 11 novembre 2013.!

Les avis des Drs G_____ et H_____ conduisaient à considérer, selon le principe de la vraisemblance prépondérante,

que si un certain lien de causalité avec les troubles du genou droit pouvait être accepté au début, un statu quo sine avait été nécessairement atteint rapidement par la suite et que les symptômes présentés par le recourant 6 semaines après l'événement du 2 février 2013 étaient identiques à ceux qui auraient existés si ledit événement ne s'était pas produit. Le fait que les douleurs soient apparues après l'accident ou que celui-ci ait pu jouer un rôle dans l'apparition des troubles était sans pertinence. En outre, il convenait de relever que le recourant n'avait consulté le Dr D_____ que 3 semaines après sa chute en raison de douleurs survenues dans le contexte de la course à pied et qu'une IRM avait été effectuée plus de quatre mois après sa chute. Les avis des Drs G_____ et H_____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où ils étaient concluants, exempts de contradictions, qu'il n'existait pas d'indices les remettant en cause et qu'ils avaient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse. En dernier lieu, la lésion subie par le recourant entrainait dans le cadre d'un état dégénératif de son genou droit, de sorte qu'il n'était pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante que la déchirure du ménisque avait été provoquée par l'événement du 2 février 2013. L'intimée ne pouvait donc pas être engagée au-delà de la date fixée du statu quo sine, soit le 16 mars 2013. Quant à la conclusion de mise en œuvre d'une expertise, elle devait être rejetée, compte tenu de la valeur probante des rapports des Drs G_____ et H_____. 17. Dans sa réplique du 27 juin 2014, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. 18. Dans sa duplique du 2 septembre 2014, l'intimée en a fait de même. 19. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger. 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 1er 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur la question de la prise en charge par l'intimée des conséquences de l'accident du 2 février 2013. 5. 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). b) Selon l'art. 9 al. 2 let. c OLAA, les déchirures du ménisque sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre

maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. A défaut, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2). Lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, mais qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, cette dernière doit être considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. Ainsi, le diagnostic de déchirure du ménisque ne permet pas, à lui seul, d'admettre la soudaineté de l'atteinte, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et les microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1 et les références citées). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont

manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).>[if> 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. 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (Arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).>[if> 9. 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).>[if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Etant 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins

traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 10. 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). 11. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

12. 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 des assurances I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à

l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 13. En l'espèce, l'intimée considère que le statu quo sine a été atteint 6 semaines après l'accident du 2 février 2013, soit le 16 mars 2013. Selon elle, il ne fait aucun doute que les atteintes au genou droit du recourant sont exclusivement de nature dégénérative. Il n'est pas démontré que la déchirure du ménisque a été provoquée par l'accident. En outre, le recourant n'a consulté son médecin traitant que 3 semaines après sa chute, dans le contexte de la course à pied. Quant à l'IRM, elle a été effectuée plus de 4 mois après l'accident. L'intimée se fonde sur les conclusions de ses médecins-conseils, les Drs G_____ et H_____, considérant que leurs rapports ont une pleine valeur probante. Seul le recourant en conteste la teneur, sans aucune base médicale sérieuse ni indice permettant de les remettre en cause. Pour sa part, le recourant soutient que les liens de causalité naturelle et adéquate entre ses atteintes et l'accident ont été admis. Dès lors, il appartient à l'intimée d'apporter la preuve que le statu quo ante ou sine a été atteint. Or, les rapports des Drs G_____ et H_____ ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles nécessaires à la reconnaissance de leur valeur probante. En effet, le Dr G_____ a axé son analyse du cas sur des aspects administratifs. Son rapport ne contient aucune anamnèse ni aucune discussion au sujet des rapports divergents des médecins traitants. Quant au Dr H_____, l'intimée n'a pas suivi son avis, soit de prendre en charge le cas jusqu'à une éventuelle arthroscopie, celle-ci incluse. De plus, il a confirmé ne pas être en mesure de clarifier la situation sous l'angle médical. A titre préliminaire, il convient de relever que les rapports établis par les Drs D_____, F_____ et I_____ ne remplissent pas les conditions nécessaires pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Outre leur caractère succinct, ces rapports ne sont pas étayés et ne contiennent aucune conclusion motivée. Par conséquent, les rapports des Drs G_____ et H_____ ne peuvent pas être remis en cause sur cette base. En ce qui concerne le rapport du Dr G_____, il sied de relever son caractère extrêmement bref. L'anamnèse, qui tient en quelques lignes, ne permet pas de se faire une idée précise de la situation du recourant. Aucune mention n'est faite des plaintes de ce dernier. L'analyse du cas et les conclusions du Dr G_____ sont insuffisantes et quasiment pas développées, de sorte que le rapport n'apparaît pas particulièrement convaincant. En réalité, celui-ci consiste en une prise de position par rapport à l'RM du 11 juin 2013. Le Dr G_____ ne fournit aucune explication permettant de comprendre en quoi les éléments mis en évidence par l'IRM sont « typiques d'une lésion dégénérative du compartiment interne chez un homme de 50 ans ». La fixation du statu quo sine 6 semaines après l'événement du 2 février 2013 n'est pas non plus argumentée. Dès lors, la valeur probante du rapport du Dr G_____ doit être niée. Cela étant, la chambre de céans n'est pas non plus en mesure de s'appuyer sur le rapport du Dr H_____, dès lors qu'il ne contient aucune mention des plaintes du recourant ou de son anamnèse, que sa motivation est sommaire et que ses conclusions laissent ouverte la question de savoir si la déchirure en forme de languette au niveau de la corne postérieure du genou droit a pu se

produire lors de l'accident du 2 février 2013. Si le Dr H_____ retient la présence d'un état dégénératif préexistant, il ne justifie pas son affirmation et n'explique pas exactement en quoi il consiste, ni quelles en sont les conséquences. Il apparaît donc que ce rapport pose plus de questions qu'il ne donne de réponses sur le cas du recourant. D'ailleurs, le Dr H_____ a laissé le soin à l'intimée de décider si elle entendait suivre l'argumentation du recourant ou si elle préférerait confirmer sa décision du 11 novembre 2013. Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 2 février 2013 et les atteintes au genou droit du recourant, en particulier sur la date d'un éventuel statu quo sine. Force est de constater que l'intimée a établi les faits de manière sommaire et incomplète, sur les bases de 2 rapports de ses médecins-conseils peu, voire pas, motivés et ne disposant pas d'une pleine valeur probante. Cela est d'autant plus critiquable que le Dr H_____ n'a pas été en mesure de déterminer, selon le principe de la vraisemblance prépondérante à tout le moins, si l'événement du 2 février 2013 a engendré ou non des lésions propres. En pareilles circonstances, il n'appartient pas à la chambre de céans de suppléer aux carences des investigations de l'intimée, de sorte que le dossier lui sera renvoyé pour instruction complémentaire sur le lien de causalité entre les atteintes au genou droit du recourant et l'accident, en particulier sur la date d'un éventuel statu quo sine. Celle-ci sera mise en œuvre par une expertise en médecine orthopédique confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 14 février 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.!

Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2013 consid. 3.2.1), a droit à une indemnité de CHF 750.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA, E 5 10 ; 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. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

1. Déclare le recours recevable.!
2. L'admet partiellement.!
3. Annule la décision du 14 février 2014.!
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.!
5. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 750.- à titre de participation à ses frais et dépens.!
6. Dit que la procédure est gratuite.!
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.!

La greffière Irène PONCET
Le président Mario-Dominique TORELLO
Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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