

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3044/2016

ATAS/353/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2017

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

GRUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, Service juridique,
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964, est employé comme responsable et peintre par B_____ Sàrl. À ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnels auprès de SUVA Care.
2. Le 27 février 2014, l'assuré a déclaré à cette dernière un accident survenu le 26 février 2014; il était tombé de la quatrième marche d'une échelle et s'était ainsi fait mal au dos et au genou. Il avait dû interrompre son travail à la suite de l'accident.
3. L'assuré est également employé en qualité de concierge par Réalisation Immo.-Fanni et assuré, à ce titre, contre les accidents et les maladies professionnels par Groupe Mutuel assurances GMA SA (ci-après : GMA ou l'intimée).
4. Dans une déclaration d'accident du 4 mars 2014, l'employeur de l'assuré a annoncé son accident du 26 février 2014 à GMA, précisant que celui-ci effectuait ses tâches de concierge sur trois lieux de risques différents, notamment à la rue _____ 1, où l'accident était survenu.
5. Le 17 mars 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, exerçant à l'hôpital de la Tour, a informé le Dr D_____, qu'il avait reçu l'assuré en consultation le même jour. Ce dernier avait été victime d'une chute d'un escabeau avec torsion du genou gauche, le 26 février 2014. L'IRM du genou gauche du 6 mars 2014, demandée en raison de la persistance des douleurs de l'assuré, montrait essentiellement une lésion de grade 3 de type undersurface tear de la corne postérieure du ménisque interne, associée à un petit kyste synovial à la base du LCA sans signification particulière et un kyste poplité d'environ 1 cm de diamètre. L'examen clinique mettait en évidence une souffrance du compartiment interne compatible avec une lésion méniscale interne du genou gauche qui, sinon, était stable dans le plan frontal et sagittal. Squatting difficile, palpation de l'interligne articulaire interne douloureuse, McMurray positif. Le diagnostic était une lésion méniscale interne du genou gauche et le traitement proposé était une arthroscopie opératoire du genou avec méniscectomie partielle interne du même genou.
6. Selon un procès-verbal d'entretien avec un employé de GMA, l'assuré a déclaré faire trois séances de physiothérapie par semaine auprès de E_____, à Meyrin. Il était également enregistré auprès de la SUVA, car il avait un second emploi. Il exploitait, en qualité d'indépendant l'entreprise B_____ Sàrl, spécialisée dans la peinture et la maçonnerie. Il s'occupait plutôt de la gestion administrative de l'entreprise et son associé des travaux. Il touchait un salaire de la régie F_____ pour son travail de concierge. Il pouvait se pencher, mais avec des difficultés et des douleurs. Il était surtout handicapé par son genou, notamment après avoir été assis pendant un certain temps. Il ressentait des blocages dans ce genou. Il lui arrivait parfois de boiter, mais cela était très variable d'un jour à l'autre ou d'un moment à l'autre. Il était dans l'attente d'une opération et prenait passablement de médicaments pour ses douleurs au dos et au genou, à la suite de son accident du

mois de février 2014. Concernant la conciergerie, il ne pouvait pas trop marcher, car cela lui donnait des douleurs. Il ne pouvait pas trop se pencher et ne pouvait pas porter ou soulever des poids. Il pouvait peut-être soulever un objet de 5 kg mais certainement pas plus. Pour toutes ces raisons, il n'effectuait plus de travaux de conciergerie. Dans le cadre de son activité indépendante chez B_____ Sàrl, il ne faisait rien non plus. Tout au plus, il se joignait à son frère, qui était son employé, ou son associé pour effectuer une visite de chantier. Il avait l'habitude de se promener pour son cœur, mais ne pouvait plus le faire. Il avait également renoncé à faire du vélo d'appartement, car son genou était gonflé. Il passait ses journées à la maison à lire des journaux.

7. L'assuré a fait l'objet d'une surveillance par l'unité spéciale d'enquêtes de GMA du 21 au 28 mars 2014, laquelle a rendu un rapport à ce sujet le 29 avril 2014.
8. Le docteur D_____ a indiqué, dans un certificat médical du 15 avril 2014, avoir donné les premiers soins à l'assuré le 27 février 2014. Il avait constaté des douleurs dans le dos et au genou et diagnostiqué une entorse grave au genou gauche. L'assuré était en incapacité de travail dès le 27 février 2014 pour une durée indéterminée.
9. Selon un rapport manuscrit et peu lisible établi par le Dr C_____ le 12 mai 2014, la durée prévisible de l'incapacité de travail de l'assuré après l'opération du 15 mai 2014 était de deux à trois semaines et le pronostic était excellent.
10. À teneur d'un rapport opératoire établi le 15 mai 2014 par le Dr C_____, le diagnostic préopératoire était une suspicion de lésion méniscale interne du genou gauche. Le diagnostic post-opératoire était : undersurface tear de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. Le titre de l'intervention était : arthroscopie opératoire du genou gauche et méniscectomie partielle de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne de ce genou.
11. Le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une échographie du genou gauche de l'assuré le 12 juin 2014 et a conclu à un épanchement intra-articulaire prédominant dans le compartiment interne du genou, pas de kyste poplité objectivable, ni d'image de thrombose ou de thrombophlébite.
12. Le Dr G_____ a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré le 23 juin 2014 et a conclu à : épanchement intra-articulaire et petit kyste poplité ; status post-méniscectomie interne de la corne postérieure sans re-déchirure; pas de déchirure méniscale externe; ligaments croisés et collatéraux conservés; kystes intra-spongieux sous les épines tibiales; bursite pré-rotulienne; tendons quadricipital et rotulien d'épaisseur normale.
13. La SUVA a informé GMA le 2 juillet 2014, que le cas de l'assuré lui avait été déclaré à tort et que c'était elle qui, en tant qu'assureur de l'agence immobilière F_____ & Cie, était compétente.

14. Par décision du 7 juillet 2014, GMA a constaté que l'assuré avait effectué de nombreux travaux dès le mois de mars 2014 en dépit de la prescription médicale l'en empêchant. Force était de constater qu'il avait sciemment menti et/ou caché des informations. La prescription médicale n'avait dès lors plus de valeur probante. Le droit à l'indemnité journalière ne pouvait ainsi être reconnu. D'autre part, s'agissant de ses troubles au genou gauche qui avaient nécessité une intervention en mai 2014, son médecin-conseil relevait qu'ils étaient d'origine exclusivement dégénérative et qu'ils ne pouvaient être attribués à l'événement du 26 février 2014. Celui-ci n'avait d'ailleurs provoqué aucune lésion traumatique objective. L'intervention de GMA se limitait, dès lors, à la prise en charge des frais médicaux relatifs à la contusion lombaire bénigne qui avait dû cesser de déployer ses effets après quatre semaines tout au plus. Le *statu quo ante* devait être considéré comme atteint le 31 mars 2014 au plus tard. Les frais des investigations rendues nécessaires par son comportement étaient mis à sa charge.

15. Le 5 septembre 2014, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé opposition à la décision du 7 juillet 2014. Il contestait les conclusions du médecin-conseil de l'intimée, selon lesquelles ses troubles au genou gauche seraient exclusivement d'origine dégénérative. Trois médecins différents étaient unanimement parvenus à la conclusion inverse, soit, le Dr G _____ le 6 mars 2014, le Dr D _____ le 20 mars 2014 et le Dr C _____ le 12 mai 2014. Par conséquent, l'intimée devait prendre en charge les frais médicaux relatifs à ses troubles du genou. Il en allait de même s'agissant des frais liés à la contusion lombaire, dont le *statu quo ante* avait manifestement été fixé par l'intimée de manière arbitraire au 31 mars 2014. Dès lors, l'intimée devait prendre en charge l'ensemble des frais médicaux liés au genou et aux contusions lombaires au-delà du 31 mars 2014 et lui verser les indemnités journalières auxquelles il avait droit depuis le 27 février 2014.

L'assuré concluait à l'annulation de la décision du 7 juillet 2014, à ce qu'une nouvelle décision soit rendue à son avantage et à ce que des dépens lui soient alloués pour ses frais et honoraires d'avocat.

À l'appui de son opposition, l'assuré a produit :

- un certificat établi par le Dr C _____ le 17 juillet 2014 attestant que l'assuré avait été victime d'un accident avec torsion du genou gauche le 26 février 2014, avec lésion du ménisque int. ayant nécessité une intervention de type arthroscopie opératoire de ce genou et une méniscectomie partielle int. le 15 mai 2014 ;
- un certificat médical établi le 25 août 2014 par le Dr C _____ attestant d'une incapacité de travail de l'assuré de 100% dès le 13 mai 2014 et de 50% dès le 1^{er} septembre 2014.

16. Le 19 décembre 2014 le docteur F _____, spécialiste FMH en radiologie, a informé le Dr D _____ avoir procédé le jour-même à une IRM du genou gauche de l'assuré, laquelle avait montré une déchirure incomplète du ménisque interne au niveau de la

corne postérieure ainsi qu'un certain degré de dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. Il n'y avait pas de lésion ostéochondrale ni d'arthrose.

17. Le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport, a établi le 14 janvier 2015 un rapport de consultation du 13 janvier 2015, lequel mentionnait qu'il s'agissait d'un patient qui présentait un status après chute d'un escabeau le 26 février 2014, suivies de gonalgies gauches diagnostiquées par une IRM de déchirure grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne. Traité par méniscectomie partielle de la corne postérieure interne, le patient avait présenté des douleurs persistantes de ce genou. Malgré plusieurs infiltrations, les plaintes persistaient et une nouvelle IRM montrait une récurrence de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Sous « diagnostics », le Dr H_____ mentionnait : « re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec plica antéro-interne symptomatique ». Il proposait au patient une nouvelle arthroscopie avec, cette fois, méniscectomie complète de la corne postérieure du ménisque interne et ablation de plica antéro-interne.
18. À la requête de GMA, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a établi, le 26 juin 2015, un rapport sur la base d'une copie du dossier asséculo-logique de l'assuré. Après un résumé des diverses pièces médicales du dossier, le Dr I_____ a donné son appréciation du cas. S'agissant du genou gauche de l'assuré, une IRM, réalisée le 6 mars 2014, n'avait pas démontré de lésion structurelle imputable à l'accident et notamment pas de lésion des ligaments périphériques et des ligaments croisés. Par contre, elle avait révélé la présence d'un état antérieur dégénératif, sous forme d'une déchirure horizontale de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne. Une déchirure horizontale de grade II à III du ménisque, qui résultait d'un mécanisme de clivage horizontal, était une lésion d'étiologie strictement dégénérative. La chute du 26 février 2014 avait vraisemblablement occasionné une contusion bénigne du genou gauche, sans lésion ligamentaire et sans lésion méniscale traumatique démontrée à l'imagerie. En l'absence de lésion structurelle imputable à une chute et en présence d'un état antérieur dégénératif, on devait considérer que cette chute avait décompensé de manière passagère cet état antérieur et qu'elle avait cessé de déployer ses effets trois à quatre semaines après (*statu quo sine*). Il s'agissait du délai habituel de guérison d'une contusion au genou. Le traitement par arthroscopie du 15 mai 2014 et les investigations réalisées après cette intervention et la nouvelle arthroscopie proposée par le Dr H_____ ne concernaient pas l'accident du 26 février 2014 et ses suites.
19. Par décision sur opposition du 28 juillet 2016, GMA a admis partiellement l'opposition du 5 septembre 2014 et accepté de prendre en charge les troubles du genou gauche jusqu'au 31 mars 2014, ainsi que l'incapacité de travail y afférente, ainsi que les frais médicaux concernant les troubles du rachis lombaire jusqu'au 31 août 2014. Elle a renoncé à demander le remboursement des frais d'enquête.

20. Le 14 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir que les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA étaient assimilées à un accident tant et aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. En l'espèce, une déchirure du ménisque de son genou gauche avait été diagnostiquée après l'accident. Il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA, de sorte que les principes applicables à ce type de lésions étaient pertinents en l'espèce. Or, l'intimée n'en faisait pas mention. Pour déterminer le *statu quo sine*, l'assurance ne pouvait se fonder sur la vraisemblance prépondérante, mais devait établir, au degré de la certitude, que l'état antérieur était de nouveau présent.

L'intimée se fondait sur le rapport de son médecin-conseil, le Dr I_____, qui ne l'avait pas examinée. Il ressortait du rapport du 25 juin 2015 de ce médecin qu'il avait estimé le *statu quo sine* en lien avec le genou à trois à quatre semaines après l'accident, car il s'agissait du délai habituel de guérison d'une contusion du genou. Contrairement à ce qu'indiquait le Dr I_____, il ne s'agissait pas d'une simple contusion, mais d'une lésion (déchirure) du ménisque, comme l'attestaient les différents médecins l'ayant examinée, notamment le Dr G_____ le 6 mars 2014. D'autre part, le délai habituel de guérison ne suffisait pas, dans le cadre de l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA, pour admettre le *statu quo sine* au degré de la certitude. C'était en raison de la persistance des douleurs qu'une opération chirurgicale avait été pratiquée le 15 mai 2014, ce qui tendait à infirmer la position du médecin-conseil, qui estimait le *statu quo sine* au 31 mars 2014. Chaque cas étant différent et le degré de récupération variant considérablement d'un patient à l'autre, l'assurance ne pouvait se fonder sur une durée aussi abstraite de guérison pour justifier son refus de prestations.

Les conséquences de l'accident, en lien avec le genou gauche, perduraient. Les douleurs étaient toujours présentes et il avait été contraint d'effectuer, en sus de l'opération pratiquée le 15 mai 2014, deux autres opérations en août 2015 et en janvier 2016, comme l'attestait le rapport du Dr J_____ du 10 mai 2016. Le rapport de l'hôpital de la Tour du 10 décembre 2015 mentionnait également une déchirure instable de la corne postérieure du ménisque interne. Le recourant était toujours en incapacité de travail de 100%. Il n'existait aucun élément au dossier démontrant la rupture du lien de causalité de l'affection du genou gauche avec l'accident survenu le 26 février 2014. Partant, l'assurance devait prendre en charge l'ensemble des opérations et traitements médicaux en lien avec son genou gauche au-delà du 31 mars 2014. Si la Cour l'estimait nécessaire, il lui appartiendrait de mettre en place une expertise judiciaire afin de déterminer si le *statu quo sine* était présent et s'il pouvait être établi au degré de la certitude. À défaut, il appartenait à l'assurance de prendre en charge le cas aussi longtemps que le *statu quo sine* ne serait pas établi.

Le recourant concluait, préalablement, à l'audition des Drs G_____, C_____ et H_____ et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 28 juillet

2016, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de GMA pour les suites de l'accident du 26 février 2014 au-delà du 31 mai 2014 et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser les prestations d'assurance correspondantes ainsi que les frais et dépens de la procédure.

À l'appui de son recours, le recourant a produit :

- Un rapport établi par le docteur K_____, médecin spécialiste FMH en radiologie, de l'Hôpital de la Tour, qui a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré le 10 décembre 2015. Une nette péjoration de la situation était constatée depuis l'examen IRM comparatif du genou gauche du 19 décembre 2014. Une déchirure instable de la corne postérieure du ménisque interne était observée. Il s'agissait d'une déchirure transfixiante à l'origine d'un repliement antérieur de la languette méniscale de la corne postérieure qui se situait actuellement dans le récessus para-méniscal supérieur au-dessus du corps du ménisque. On constatait surtout l'apparition d'une chondropathie de grade III étendue sur une aire de 0.8 cm² le long de la surface portante du condyle fémoral interne. On n'identifiait pas de corps libre intra-articulaire, mais on suspectait des antécédents d'une intervention chirurgicale en raison de la présence d'artéfacts de susceptibilité magnétique le long de l'articulation du genou. Un kyste gastrocnémio-semimembraneux longiligne étendu le long de la surface interne du chef médial du muscle gastrocnémien s'était développé. Il n'y avait pas de dégénérescence mucoïde étendue du ligament croisé antérieur inchangé par rapport à l'examen précédent, ni lésion ligamentaire traumatique.
 - Un rapport établi par le docteur J_____, FMH en rhumatologie, le 10 mai 2016, adressé à la Dresse J_____, par lequel il indiquait avoir reçu le patient le jour même et n'avoir pas vu de bilan radiologique. Il s'agissait d'une situation visiblement complexe, puisqu'il y avait eu trois interventions sur le genou gauche du patient, sans succès. Il persistait des douleurs du compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire du genou gauche, essentiellement mécaniques.
 - Un arrêt de travail établi par le Dr H_____ le 25 août 2016 à 100% dès le 31 août 2015 et à 50% dès le 1^{er} juin 2016, prolongé pour un mois. Motif : maladie.
21. Par réponse du 11 octobre 2016, GMA a fait valoir que dans les cas de lésions assimilées à un accident, l'on ne pouvait admettre de *statu quo sine* tant que le caractère exclusivement maladif ou dégénératif n'était pas manifeste. Dans le cas particulier, le Dr I_____ avait expliqué que la lésion méniscale constatée lors de l'IRM du 6 mars 2014 était d'étiologie strictement dégénérative et que l'accident avait cessé de déployer ses effets un mois après. Cela voulait bien dire qu'un mois après sa survenance, l'accident ne jouait plus aucun rôle dans l'état du genou. Ainsi, elle ne s'était pas basée sur la vraisemblance prépondérante pour nier la relation de causalité entre les troubles du genou gauche et l'accident dès la fin du

mois de mars 2014. Au contraire, force était de constater, sur la base du rapport du Dr I____, qu'à cette date, l'accident ne jouait plus aucun rôle dans l'état du genou gauche, la seule lésion diagnostiquée étant d'origine entièrement dégénérative. En application de la jurisprudence en la matière, il fallait reconnaître à l'avis médical du Dr I____ une entière valeur probante, aucun autre avis médical ne venant le mettre en doute. En effet, les pièces médicales jointes au recours ne se déterminaient pas sur la question de la relation de causalité, mais uniquement sur la capacité de travail et le traitement à entreprendre. Le fait que le Dr I____ soit un médecin-conseil n'avait pas d'incidence selon la jurisprudence sur la valeur probante de ses conclusions, de même le fait qu'il n'avait pas examiné lui-même l'assuré. Le fait que ce dernier ne présentait pas de problème avant l'accident ne permettait de tirer aucune conclusion quant à la relation de causalité, le principe *post hoc, ergo propter hoc* étant impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé, selon la jurisprudence. L'intimée concluait en conséquence au rejet du recours.

22. Le recourant a répliqué le 2 novembre 2016, relevant que le Dr I____ s'était prononcé sur la simple vraisemblance, ce qui n'était pas suffisant.
23. Sur ce, 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 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'intimée en lien avec ses troubles du genou gauche au-delà du 31 mars 2014.
5. 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).

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines lésions corporelles 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. Ces lésions corporelles comprennent notamment les déchirures du ménisque (let. c).

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 139 V 327 consid. 3.3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). Si, par contre, une telle lésion 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 et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et les références citées).

À l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 p. 467). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne (cf. Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'Assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., p. 859 n. 66 et p. 875 n. 104), comme lorsqu'un geste quotidien entraîne une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne

effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 p. 329) ou lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470; arrêt du Tribunal fédéral 8C_949/2010 du 1^{er} décembre 2011 consid. 4.3.2.1).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est 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 seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêts du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2; 8C_846/2014 du 23 avril 2015).

Le Tribunal fédéral a jugé que si l'influence d'un facteur extérieur, soudain, et involontaire suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'hypothèse où il existe également un facteur extraordinaire. Il faut cependant que la lésion (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative. La question du lien de causalité des affections diagnostiquées doit dès lors être examinée à l'aune de l'art. 9 OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

6. 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).

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 LPGA), 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 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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).

7. 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).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi une déchirure du ménisque, soit une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA. Selon la jurisprudence précitée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2), cette dernière disposition lui est applicable quand bien même un accident est à l'origine de son atteinte au genou. Cette atteinte à sa santé doit, en conséquence, être prise en charge par l'intimée aussi longtemps que son origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas « clairement établie » (arrêts du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2; 8C_846/2014 du 23 avril 2015).

GMA a accepté de prendre en charge les troubles du genou gauche du recourant jusqu'au 31 mars 2014, sur la base d'un rapport de son médecin-conseil, le Dr I_____, qui concluait que la chute du 26 février 2014 avait vraisemblablement occasionné à l'assuré une contusion bénigne du genou gauche, ayant décompensé de manière passagère un état antérieur dégénératif et cessé de déployer ses effets trois à quatre semaines après.

L'intimée a ainsi admis que l'accident du 26 février 2014 a eu initialement un rôle causal dans l'atteinte à la santé de l'assuré. Cette atteinte ne peut donc être exclusivement attribuée à la maladie.

Il reste à déterminer si, à compter du 31 mars 2014, l'origine malade ou dégénérative de l'atteinte à la santé du recourant, à l'exclusion d'une origine accidentelle, est « clairement établie » par le Dr I_____.

Ce dernier a affirmé que tel était le cas en faisant référence au délai habituel de guérison d'une contusion bénigne au genou. Il n'a toutefois pas exposé les motifs pour lesquels il a retenu que l'assuré avait subi une telle lésion, alors que le Dr D_____ avait mentionné une entorse grave au genou, le 27 février 2014, et le Dr C_____ une torsion du genou, le 17 mars 2014. On voit mal comment l'expert a pu s'éloigner de ces derniers avis médicaux, alors qu'il n'a pas lui-même procédé à un examen clinique, ni entendu l'assuré. Par ailleurs, l'expert a fondé ses conclusions sur le délai habituel de guérison d'une contusion au genou, sans référence à des indices concrets démontrant, dans le cas spécifique, le retour au *statu quo ante*. Or, il apparaît que l'état de santé de l'assuré n'a pas évolué entre l'accident et sa première opération du 15 mai 2014, laquelle a été effectuée relativement peu de temps après l'accident (trois mois), par le Dr C_____ en raison de la persistance des douleurs ressenties par l'assuré après l'accident (rapport du 17 mars 2014). Le rapport du Dr I_____, dont la force probante apparaît limitée, n'établit ainsi pas clairement le *statu quo sine*.

L'état de santé de l'assuré, au 31 mars 2014, n'était, en outre, manifestement pas similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*), puisque les douleurs au genou gauche de l'assuré ont débuté après l'accident et ont perduré au-delà du 31 mars 2014, nécessitant une opération chirurgicale, effectuée le 15 mai 2014, puis deux autres, en août 2015 et en janvier 2016.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée ne pouvait pas fixer le *statu quo ante/sine* au 31 mars 2014 et mettre un terme à ses prestations dès cette date. Il lui incombera de prendre en charge les prestations découlant de l'événement du 26 février 2014 au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, celles liées à l'opération du 15 mai 2014.

Il ressort des pièces au dossier que l'état de santé de l'assuré a évolué après l'opération du 15 mai 2014, puisque le Dr H_____ a diagnostiqué, le 14 janvier 2015, une re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, proposant, en conséquence, une nouvelle arthroscopie, et que le Dr K_____ a relevé, à la suite de l'IRM du 10 décembre 2015, une nette péjoration de la situation depuis l'IRM du 19 décembre 2014.

Il appartiendra, en conséquence, à l'intimée de procéder à une instruction complémentaire afin de déterminer si, après l'opération du 15 mai 2014, les douleurs au genou gauche de l'assuré étaient encore en lien de causalité avec l'accident du 26 février 2014 et, dans le cas contraire, dater le retour au *statu quo sine*.

9. Au vu des conclusions précitées, l'audition des Drs G_____, C_____ et H_____ ne se justifie pas.
10. Fondé, le recours sera admis.
11. Le recourant, qui obtient gain de cause et est représenté par un conseil, a droit à des dépens (art. 61 let. a LPGA).
12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue le 28 juillet 2016 par l'intimée.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les prestations découlant de l'accident du 26 février 2014 au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, celles liées à l'opération du 15 mai 2014.
5. Dit que l'intimée doit compléter l'instruction pour déterminer si les prestations ultérieures, en particulier celles liées aux opérations subies par l'assuré en août 2015 et janvier 2016, ont encore trait à une atteinte qui est en lien de causalité avec l'accident du 26 février 2014.
6. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

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