

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1744/2024

ATAS/935/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 novembre 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1975, a rempli une déclaration de sinistre indiquant qu'en date du 28 août 2023, sur le terrain de B_____, alors qu'il jouait au football, il a eu le sentiment « d'une torsion du genou gauche, qui lui a semblé anodine » sur le moment, puis a déclaré avoir connu, par la suite, un problème de mobilité, ne pouvant « pas totalement plier le genou » qui était enflé.
- b.** L'événement du 28 août 2023 a été déclaré à l'assureur-accidents de son employeur, C_____, soit le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : GROUPE MUTUEL). Aucune incapacité de travail n'a été déclarée et l'assuré a poursuivi son travail.
- c.** En date du 30 août 2023, il s'est rendu au centre d'urgences de la clinique la Colline, où il a été examiné par la docteure D_____. Une radiographie du genou gauche, datée du 30 août 2023, a fait l'objet d'un rapport de la docteure E_____, spécialiste FMH en radiologie, qui a retenu une indication de bilan traumatique, précisant qu'il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique d'allure récente identifiée ; on observait : une irrégularité avec fragmentation de la tubérosité tibiale antérieure d'allure séquellaire, un respect des interlignes articulaires, un épanchement intra-articulaire sous quadricipital marqué et une discrète tuméfaction des tissus mous.
- d.** Le 4 septembre 2023, l'assuré a subi une IRM du genou gauche. Le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a rédigé un rapport sur bilan post-traumatique dont les conclusions étaient les suivantes : remaniement interstitiel du ménisque médial avec minime fissure de 3 mm du bord libre de la jonction segment moyen–corne postérieure sans fragment déplacé, lésion cartilagineuse de grade II de la zone portante du condyle médial, lésion cartilagineuse de grade III du secteur distal de la facette médiale de la patella, intégrité des structures ligamentaires, séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter avec remaniement de l'insertion distale du tendon patellaire sans déchirure décelable et épanchement intra-articulaire abondant avec synovite.
- e.** Par courrier du 7 septembre 2023, GROUPE MUTUEL a informé l'assuré de la mise en suspens de son annonce d'accident, car les informations en possession de l'assureur ne lui permettaient pas, pour l'instant, de garantir la prise en charge par l'assurance-accidents. Un formulaire était joint au courrier, de manière que l'assuré puisse répondre de façon détaillée, afin que GROUPE MUTUEL puisse se déterminer.
- f.** Dans un rapport médical du 10 septembre 2023, rempli par la Dre D_____, médecin des urgences de la clinique la Colline, il était relevé une torsion du genou gauche, en jouant au foot, suivi de douleurs puis d'un gonflement du genou. Sous constatations objectives, il était mentionné un épanchement articulaire, une

flexion limitée à 90° et pas de laxité ligamentaire. Sous constatations radiologiques, il était mentionné une radiographie du 30 août 2023 qui n'indiquait pas de fracture et une IRM qui indiquait un épanchement intra-articulaire et une fissure du ménisque médial. Le diagnostic retenu était celui de fissure du ménisque médial avec un traitement de physiothérapie, un suivi par un médecin du sport et une estimation d'une durée de traitement de huit semaines.

g. En date du 31 octobre 2023, l'assuré a retourné le questionnaire à GROUPE MUTUEL. Il en ressortait, en substance, qu'il n'y avait pas eu d'interruption de travail, qu'un traitement médical était en cours sous forme de physiothérapie et qu'avant l'événement en question, l'assuré n'avait jamais souffert de son genou gauche.

h. Le médecin-conseil de GROUPE MUTUEL, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert médical certifié SIM, s'est déterminé sur le cas de l'assuré lors de la séance médicale du 17 novembre 2023. À teneur du PV, il fallait reprendre le diagnostic mentionné sur les conclusions de l'IRM du 4 septembre 2023 mais il ne s'agissait pas d'une lésion corporelle ou assimilée.

i. Après avoir rempli le formulaire de demande de description détaillée de l'événement du 1^{er} décembre 2023, l'assuré a renvoyé ce dernier à GROUPE MUTUEL. Dans la description détaillée de l'événement, il avait indiqué : « feinte du pied droit et crochet du gauche, en évitant un adversaire et en ralentissant dans la vitesse, légère torsion bénigne et enflement [*recte* : gonflement] du genou pendant la nuit ».

B. a. Par décision du 22 janvier 2024, GROUPE MUTUEL a refusé de prendre en charge le cas car l'événement du 28 août 2023 ne correspondait pas à la notion d'accident. Selon la description de l'événement, il s'agissait d'une activité sportive qui s'était déroulée dans des conditions normales, sans que ne se soit produit un événement particulier ; dès lors, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les lésions survenant lors d'une activité sportive, qui ne pouvaient pas être imputées à une cause extérieure extraordinaire, ne pouvaient pas être admises comme étant des accidents et les mouvements et gestes usuels qui entraient dans le cadre de l'activité sportive en question – même brusques et/ou violents – ne constituaient pas une telle cause extraordinaire.

b. Par courrier du 4 février 2024, l'assuré a contesté la décision de GROUPE MUTUEL. Il considérait qu'il remplissait toutes les conditions pour avoir le droit à une prise en charge des soins, liée à la déchirure du ménisque gauche de 3 mm. À l'appui de sa demande, il invoquait n'avoir jamais ressenti de douleurs à ce genou, avant l'accident du 28 août 2023, à la suite duquel il avait dû se faire soigner. La blessure au genou n'avait rien d'usuel et n'était pas liée à une maladie ; de surcroît, cette blessure extraordinaire n'était aucunement liée à une négligence de sa part et il n'avait jamais eu connaissance d'une contre-indication

médicale liée au genou. Il demandait à l'assureur de procéder à un nouvel examen de son dossier.

c. Suite à l'opposition de l'assuré, GROUPE MUTUEL a renvoyé le dossier à son médecin-conseil et lui a demandé de se déterminer.

d. Dans son rapport médical du 10 avril 2024, le médecin-conseil G_____ a résumé les pièces médicales du dossier, relaté les circonstances de l'événement du 28 août 2023 et a commenté le bilan par imagerie, soit la radiographie du 30 août et l'IRM du 4 septembre 2023. L'imagerie ne démontrait la présence d'aucune lésion structurelle imputable à l'événement et notamment pas de lésion méniscale et ligamentaire. En revanche, le bilan par imagerie révélait la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif du genou gauche, sous forme d'un remaniement interstitiel du ménisque interne, avec minime fissure de 3 mm du bord libre de la jonction segment moyen/corne postérieure, sans fragment déplacé, d'une lésion cartilagineuse (chondropathie) de grade II du condyle interne et de grade III de la facette interne de la rotule, ainsi que des séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter, avec remaniement de l'insertion distale du tendon rotulien, sans déchirure, et d'un épanchement intra-articulaire abondant, avec synovite. Le traitement avait été conservateur, notamment par physiothérapie ; il n'y avait pas d'incapacité de travail attestée. À la question de savoir si on pouvait considérer le cas comme une lésion corporelle assimilée à un accident, la réponse était négative car le remaniement interstitiel du ménisque interne, les chondropathies et les séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter n'étaient pas des lésions assimilées.

La classification IRM des lésions méniscales dégénératives selon trois grades était rappelée et le médecin-conseil considérait que le remaniement interstitiel du ménisque interne avec minime fissure de 3 mm ne correspondait pas à une déchirure du ménisque, contrairement à l'opinion du patient. Il s'agissait d'une fissure du ménisque interne, qui ne correspondait pas à des lésions corporelles ou assimilées. Les lésions cartilagineuses étaient expliquées selon les quatre stades de gravité croissante, de même que la classification IRM des chondropathies, également exposée en quatre stades de gravité croissante. À cet égard, l'IRM avait révélé la présence de lésions cartilagineuses de stades II et III qui correspondaient à des pathologies dégénératives/maladives et non pas à des lésions corporelles.

Il en était de même de la maladie d'Osgood-Schlatter (apophysite, ostéochondrose tibiale antérieure), qui était localisée à l'insertion distale du tendon rotulien, sur la tubérosité tibiale antérieure du tibia du genou. Le médecin expliquait que cette maladie était l'une des principales causes de gêne durant et après les activités sportives chez l'enfant/l'adolescent actif et pouvait être unilatérale ou bilatérale. Son étiologie n'était pas connue mais elle guérissait habituellement à la fin de la croissance, sans laisser de séquelles. Plusieurs publications évoquaient une association entre cette pathologie et les anomalies de position de la rotule, potentiellement œstrogènes à la fin de la croissance.

Enfin, s'agissant des déclarations du patient, selon lesquelles il n'avait jamais ressenti de douleurs avant l'événement et n'avait jamais consulté pour une douleur au genou, le raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ne pouvait pas être retenu.

e. Se fondant sur le rapport médical de son médecin-conseil, GROUPE MUTUEL a confirmé, par décision sur opposition du 24 avril 2024, sa décision du 22 janvier 2024 en reprenant la motivation de cette dernière et en développant également les cas assimilés, selon la liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA.

C. a. Par acte posté en date du 23 mai 2024, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 24 avril 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Reprenant, en substance, les arguments déjà développés dans son opposition, le recourant a allégué qu'avant de rendre sa décision, l'assureur aurait dû prendre contact avec son médecin traitant, qui aurait pu lui confirmer qu'il s'agissait d'un accident et non pas d'une maladie dégénérative. Il existait un caractère extraordinaire externe qui provenait du terrain instable et de l'utilisation de nouvelles talonnettes molles qui avaient déstabilisé le pied et entraîné la rotation du genou. De surcroît, l'accident remplissait les conditions posées par l'art. 6 al. 2 LAA, dès lors que l'assuré avait subi une lésion corporelle à son ménisque. Le recourant concluait au remboursement des frais médicaux liés à l'accident ainsi qu'au remboursement des « autres préjudices créés par l'assureur, depuis le 29 août 2023 ».

b. Dans sa réponse du 18 juin 2024, GROUPE MUTUEL a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. La description de l'événement montrait que l'assuré avait effectué un mouvement de feinte et de crochet qui, même s'il s'était déroulé rapidement - dès lors que l'assuré devait éviter un adversaire en même temps qu'il ralentissait sa vitesse de course dans un terrain instable - constituait une action inhérente à une personne s'adonnant à un match de football à l'extérieur. Son geste avait été déclenché volontairement et n'était pas le fruit d'un mouvement réflexe, afin de se rattraper, ou découlant d'une glissade. Enfin, l'allégation du caractère instable du terrain ou le port des talonnettes ne lui étaient d'aucun secours car ils ne remplissaient assurément pas les réquisits du caractère extraordinaire, soudain et externe de la notion d'accident au sens juridique. Il ne s'agissait ni d'un événement extérieur, ni d'un événement extraordinaire, mais bien d'un événement inhérent à l'action à laquelle le recourant s'était adonné pendant le match de football, étant rappelé que le fait de devoir éviter quelques obstacles, de changer de direction en prenant appui à gauche ou à droite, faisait partie des circonstances d'un tel match. Dès lors, les conditions de l'accident n'étaient pas remplies, pas plus que celles des lésions assimilées à un accident selon l'art. 6 al. 2 LAA.

c. Par réplique postée le 1^{er} août 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Par duplique du 29 août 2024, GROUPE MUTUEL a également persisté dans ses conclusions.

Par observations spontanées déposées le 26 septembre 2024 auprès du greffe de la chambre de céans, le recourant a répété son argumentation et ses conclusions. Il joignait une attestation de la docteure H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de la clinique la Colline, datée du 24 septembre 2024. Selon le médecin, l'accident avait probablement décroché un lambeau de cartilage du condyle fémoral interne, ce qui avait provoqué les douleurs et l'épanchement articulaire. Les séances de physiothérapie avaient permis de régulariser ce lambeau et donc de retrouver un genou indolore. Les conséquences de l'accident avaient duré environ trois mois et le *statu quo ante sine* devait être fixé au début de l'année 2024. Enfin, les séquelles d'Osgood Schalter consistaient en des ossifications qui s'étaient développées pendant la phase de croissance, à l'adolescence, et qui restaient ensuite à vie mais qui n'étaient, en aucun cas, des lésions dégénératives. Le médecin relevait encore que le fait que le jour de l'accident, son patient avait porté des talonnettes dans ses chaussures de football avait probablement participé au fait qu'il était moins équilibré et qu'il avait moins bien contrôlé son articulation.

e. Les parties ont encore échangé des écritures, dans lesquelles elles campaient sur leurs positions, respectivement, le 3 octobre pour l'intimée et le 14 octobre 2024 pour le recourant.

f. Par courrier du 22 octobre 2024, l'intimée a informé la chambre de céans que le recourant persistait à vouloir imposer son interprétation des faits, sans prendre en compte les éléments qui fondaient la position de l'assureur et a déclaré qu'elle s'en remettait à dire de justice.

g. Sur ce, la cause a été gardée à juger, se dont les parties ont été informées.

h. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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) 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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge, comme étant les suites d'un accident ou une lésion corporelle assimilée à un accident, l'atteinte ayant suivi l'événement survenu lors de la partie de football du 28 août 2023.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

3.2 Est réputé 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).

3.2.1 La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.1).

3.2.2 La condition que l'atteinte à la santé doit trouver son origine dans un facteur extérieur signifie qu'elle doit résulter d'une cause exogène au corps humain. Cet élément, qui s'oppose à la cause interne qui caractérise la maladie (art. 3 al. 1 LPGA), permet de distinguer ces deux éventualités. La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, *etc.*), électrique (une électrocution, *p. ex.*), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, *p. ex.*), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, *etc.*) ou encore ionisante (des radiations, *p. ex.* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 du 12 juillet 2019 consid. 6.2 ; Stéphanie PERRENOUD, *in* Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 19 s. *ad* art. 4 LPGA). En revanche, un événement qui se produit à l'intérieur du corps (processus biologique, physiologique ou psychique), tel qu'une hémorragie cérébrale, un infarctus du myocarde ou encore la rupture d'une prothèse défectueuse de la hanche qui survient en l'absence de tout événement extérieur anormal ne saurait être considéré comme un accident, faute de cause extérieure (ATF 142 V 219 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 précité consid. 6.2 ; Stéphanie PERRENOUD, *op. cit.*, n. 22 *ad* art. 4 LPGA). Un état maladif (cause interne) peut être à l'origine d'un événement accidentel (assuré) ou en favoriser la survenance. Cela suppose toutefois que l'accident comme tel apparaisse comme la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé ou du décès (ATF 142 V 435 consid. 2 ; 102 V 131). En effet, l'existence d'un accident doit être admise « lorsque ce dernier a été provoqué par une maladie qui n'est elle-même pas la cause physiologique de l'atteinte » ; à cet égard, est déterminante « la cause

immédiate » de l'atteinte à la santé, et non pas les circonstances dans lesquelles celle-ci est survenue. Ainsi, la fracture d'une jambe à l'occasion d'une chute causée par la diminution intermittente de la pression sanguine constitue, par exemple, un accident ; l'atteinte à la santé trouve en effet sa cause directe et adéquate dans la chute et non pas dans l'état maladif préexistant (*in casu*, des problèmes de pression). En revanche, l'assuré qui, à la suite d'un malaise, chute au cours d'une randonnée en montagne et atterrit 60 m en contrebas, dans un champ d'éboulis, n'est pas victime d'un accident si la cause la plus probable des lésions ou du décès provient d'un état maladif ; dans le cas d'espèce, les blessures occasionnées par la chute ne présentaient pas une gravité suffisante pour entraîner la mort, de sorte que le décès de l'assuré devait être imputé à la défaillance cardiovasculaire (ATF 142 V 435 ; 102 V 131 ; 99 V 136 ; Stéphanie PERRENOUD, *op. cit.*, n. 23 et 50 *ad art.* 4 LPGa).

3.2.3 Par ailleurs, suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un « mouvement non coordonné ». Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 précité consid. 3.2 et les références). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à

un objet (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent, nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C_24/2022 du 20 septembre 2022, *in* SVR 2023 UV n° 13 p. 40).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêts du Tribunal fédéral 8C_159/2023 précité consid. 3.3 ; 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2). À titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (arrêt du Tribunal fédéral U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, *in* RAMA 1992 n° U 156 p. 258), ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol (arrêt du Tribunal fédéral U 114/97 du 18 mars 1999, *in* RAMA 1999 n° U 345 p. 420). En revanche, il a été nié dans le cas d'un duel entre deux joueurs lors d'un match de basket-ball, lors duquel l'un est « touché » au bras tendu devant le panier par l'autre et se blesse à l'épaule en réagissant à cette action du joueur adverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 5, *in* SVR 2014 UV n° 21 p. 67).

3.2.4 La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

3.3 En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de

muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

3.3.1 On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

À l'époque où l'art. 9 al. 2 aOLAA était encore en vigueur, en ce qui concerne le football en particulier, le Tribunal fédéral a jugé à plusieurs reprises qu'il s'agissait-là d'un sport dont la pratique constitue un risque accru. En effet, cette activité implique bon nombre de mouvements qui ne sont pas courants, tels que le fait d'accélérer ou de s'arrêter brusquement, de courir de côté ou en arrière, de pivoter, de s'étirer, de tirer la balle, de sauter lors de têtes, *etc.* Ces mouvements sollicitent le corps entier d'une manière variée. Même pour un joueur entraîné, de tels mouvements ne constituent pas des gestes quotidiens comme le serait le fait de se déplacer dans une pièce (arrêt du Tribunal fédéral U 469/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral U 71/07 du 15 juin 2007 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 611/06 du 12 mars 2007 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (*cf.* ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893 ; aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

3.3.2 Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019, le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette

disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles ; ATF 146 V 51).

En particulier, à teneur du même arrêt, si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié *in* BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et 8.6 ; aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2021 précité consid. 2.2).

3.4 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. 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1, 8.5 et 9.1).

La systématique de la loi (art. 6 al. 1 et 2 LAA) suggère que l'al. 1 (accident) et l'al. 2 (lésion assimilée selon la liste) sont indépendants l'un de l'autre et que l'état de fait doit en principe être examiné séparément pour chacun de ces alinéas (ATF 146 V 51 consid. 8.5).

4.

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).

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).

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).

4.3 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

4.4 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).

4.5 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. À 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

5.

5.1 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, 126 V 353 consid. 5b, 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).

5.2 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

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

6. En l'espèce, le recourant considère que ses troubles au genou gauche sont consécutifs à ce qu'il qualifie d'accident du 28 août 2023 et insiste sur l'existence d'un facteur extérieur ou extraordinaire, à savoir l'utilisation de talonnettes souples à l'intérieur de ses chaussures de football sur un terrain instable.

GROUPE MUTUEL, de son côté, considère qu'il n'y a pas eu de facteur extérieur ou extraordinaire lors de l'événement du 28 août 2023 et estime, de surcroît, que les conditions permettant de reconnaître une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA ne sont pas réunies.

6.1 S'agissant de la notion d'accident, il y a lieu de se référer à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral en matière de sport, telle qu'elle est citée *supra* sous ch. 3. Comme le relève l'assureur, la description des circonstances de l'événement, telle qu'elle a été faite par l'assuré dans le cadre de la déclaration de sinistre, puis au cours des précisions demandées ultérieurement par l'assureur, ne donne aucun indice sur la présence d'un facteur externe ou extraordinaire ; l'assuré dont la pratique du football était habituelle, a effectué une feinte et un crochet dans le cadre d'une opposition à un adversaire.

Il s'agit de gestes habituels dans le cadre de la pratique du football ; il n'y a pas eu de choc avec un autre joueur, ni de chute et les faits, tels qu'ils se sont déroulés, ne permettent pas de retenir l'existence d'un facteur extérieur ou extraordinaire.

Au stade du recours, l'assuré a allégué des faits supplémentaires, à savoir l'utilisation de talonnettes souples glissées dans ses chaussures qui auraient pu le « déséquilibrer » et le fait que le terrain de football était « instable ».

À cet égard, il convient de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

Quand bien même l'assuré n'a pas allégué, dans le cadre de ses premières déclarations à l'assurance, que l'événement avait pu être causé par le port des talonnettes souples sur un terrain instable, on ne saurait retenir que cet élément serait constitutif d'un facteur extraordinaire ou externe permettant de conclure que les conditions d'un accident sont remplies. Le médecin traitant H_____ a émis l'hypothèse, en p. 2 de son attestation du 24 septembre 2024, que les talonnettes « ont probablement participé au fait qu'il était moins équilibré et qu'il a moins bien contrôlé son articulation », mais cela reste une hypothèse qui n'est,

en tous les cas, ni constitutive d'un facteur extérieur, ni d'un facteur extraordinaire.

Partant, il convient d'ores et déjà de nier que les conditions d'un accident, au sens de l'art. 4 LPGA, soient remplies dans les circonstances de l'événement du 28 août 2023.

6.2 Il convient à présent d'examiner s'il existe des lésions liées à l'événement du 28 août 2023, qui entreraient dans la liste des lésions assimilées de l'art. 6 al. 2 LAA, sans qu'il soit établi par l'assureur, selon une probabilité supérieure à 50%, qu'elles seraient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans son certificat médical du 10 mai 2024, la docteure I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, décrit l'assuré comme étant un patient très sportif, en excellent état physique et pratiquant des entraînements de foot à raison de deux fois par semaine ; il a fait l'objet d'une consultation, en date du 14 octobre 2022, sans aucun indice en faveur de problèmes de genou. Décrivant l'événement du 28 août 2023, elle expose que son patient a « confirmé un choc et blocage d'une jambe lors d'un entraînement de son club de foot (...) et ceci a entraîné une torsion soudaine et involontaire du genou gauche ».

Les circonstances décrites par le médecin généraliste ne correspondent pas à celles qui ont été retenues au niveau de la déclaration de sinistre, dès lors qu'il n'y a eu aucun choc, ni aucun blocage du genou gauche. Partant, on ne peut suivre les conclusions de la Dre I_____ dès lors qu'elle se fonde sur un état de fait inexact qui impliquerait un choc ou un blocage pouvant être à l'origine d'une lésion traumatique.

Ses conclusions selon lesquelles l'anamnèse et l'évolution clinique sont typiques d'une lésion accidentelle et incompatibles avec une maladie arthrosique, de même que les lésions dégénératives mises en évidence lors de l'IRM seraient des découvertes fortuites, s'opposent aux conclusions du médecin-conseil G_____.

Il sied de rappeler que le médecin-conseil est un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie ; dès lors, son appréciation médicale doit prévaloir sur celle d'un médecin généraliste qui, de surcroît, a fondé son appréciation sur une description partiellement erronée des circonstances de l'événement.

En ce qui concerne l'appréciation de la Dre H_____, il convient de relever que cette dernière est également une spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, comme le médecin-conseil. Selon elle, l'événement « a probablement décroché un lambeau de cartilage du condyle fémoral interne qui a provoqué les douleurs et l'épanchement articulaire ». En ce qui concerne les séquelles d'Osgood Schlatter, le médecin traitant confirme leur existence, sans toutefois considérer qu'il s'agit de lésions dégénératives.

La Dre H_____ ne précise pas le degré de probabilité qu'elle attache à l'hypothèse selon laquelle l'événement aurait décroché un lambeau de cartilage,

ce qui aurait provoqué les douleurs et l'épanchement articulaire. Bien qu'elle ne considère pas que les séquelles de la maladie d'Osgood Schlatter soient de nature dégénérative, elle admet néanmoins qu'il existe des séquelles de cette maladie.

Le rapport médical du 10 avril 2024 rédigé par le Dr G_____ décrit les pièces du dossier ainsi que l'anamnèse de l'assuré, dont il retient, en se fondant sur l'imagerie médicale, qu'un état antérieur dégénératif maladif du genou gauche a existé, dès lors que le rapport d'IRM du 4 septembre 2023 fait état d'un remaniement interstitiel du ménisque, avec minime fissure de 3 mm, ainsi que de remaniements de l'insertion distale du tendon patellaire, dus aux séquelles de la maladie d'Osgood Schlatter. Ainsi, même si l'assuré a été asymptomatique et déclare n'avoir jamais ressenti de douleurs au genou gauche, il n'en reste pas moins que l'IRM a objectivement révélé des remaniements du ménisque ainsi que des séquelles de la maladie d'Osgood Schalter, ce qui démontre l'existence antérieure d'un état maladif, ayant notamment entraîné le remaniement interstitiel du ménisque interne, avec la fissure minime de 3mm. Le médecin-conseil décrit, en détail, la classification des lésions méniscales dégénératives, qui correspondent à un grade III ce qui, d'après la littérature scientifique qu'il cite, est une évolution des anomalies normale avec l'écoulement du temps. En ce qui concerne les lésions cartilagineuses, il rappelle la classification des chondropathies, citant à nouveau la littérature scientifique. Derechef, l'IRM a révélé objectivement l'existence de lésions cartilagineuses de grade II sur la zone portante du condyle médial et de grade III du secteur distal de la facette médiale de la patella, dont le médecin-conseil dit qu'elles correspondent à des pathologies dégénératives et malades et ne remplissent pas les conditions de lésions corporelles au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

En dépit des appréciations différentes du médecin-conseil G_____ et du médecin traitant H_____, on constate que les appréciations du médecin-conseil se fondent sur des descriptions détaillées des lésions cartilagineuses et des lésions méniscales, qu'il met en lien, d'une part, avec la littérature scientifique qu'il cite et d'autre part, avec les éléments objectifs constatés dans le rapport d'imagerie IRM du 4 septembre 2023.

À cet égard, les conclusions du Dr G_____ sont plus fouillées et plus convaincantes que celles de la Dre H_____. L'hypothèse de cette dernière, selon laquelle un fragment de cartilage se serait détaché au cours de l'événement, ne repose sur aucun élément objectif corrélé avec l'imagerie IRM, rien ne permettant d'établir un lien entre l'événement du 28 août 2023 et l'existence d'un fragment de cartilage.

Partant, la chambre de céans considère que l'existence d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. De surcroît, même si la fissure du ménisque devait être, par hypothèse, considérée comme une lésion assimilée, l'état maladif préexistant qui ressort du rapport de l'IRM du 4 septembre 2023 et le rapport médical du

médecin-conseil du 10 avril 2024 démontrent, avec une probabilité de plus de 50%, l'origine malade, ou consécutive à l'usure, de la fissure.

7.

7.1 Mal fondé, le recours est rejeté.

7.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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