

S2 21 134

**JUGEMENT DU 2 AOÛT 2023**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Dr Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Blaise Marmy, avocat, 1920 Martigny

**contre**

**BRANCHEN VERSICHERUNG ASSURANCE DES MÉTIERS**, intimée, représentée par Maître Raphaël Tinguely, avocat, 1701 Fribourg

(art. 36 LAA et 43 LPGGA ; statu quo sine/ante, valeur probante)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né le xx.xx1 1973, a exercé une activité professionnelle en qualité de boucher responsable depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020 auprès de A \_\_\_\_\_ SA. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Branchen Versicherung Assurance des métiers (ci-après : Assurance des métiers).

**B.** Le 16 mars 2021, lors d'un entraînement de football, l'assuré s'est tordu le genou gauche en voulant frapper dans le ballon (pièce A1). Les premiers soins ont été dispensés par le Dr B \_\_\_\_\_, généraliste, le 18 mars 2021. Le 7 avril suivant, l'employeur de l'intéressé a adressé une déclaration d'accident bagatelle à Assurance des métiers (pièce A1).

En raison de l'apparition de signes faisant suspecter une lésion du ménisque interne, une IRM du genou gauche a été réalisée le 3 mai 2021 par le Dr C \_\_\_\_\_. Ce radiologue FMH a conclu à une petite déchirure verticale au niveau de la corne postérieure du ménisque interne (petite anomalie de signal linéaire), ainsi qu'à une déchirure partielle/insertionite du tendon du muscle semi-membraneux. L'imagerie a en outre mis en évidence une chondropathie rotulienne de grade II, mais pas d'arthrose ni d'épanchement (pièce M2).

L'assuré a également été adressé au Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et en médecine du sport. Dans son rapport du 3 juin 2021, ce médecin a décrit que le genou de son patient s'était tordu à la suite d'un mouvement de rotation et de valgisation et que depuis cet évènement il ressentait des douleurs lorsqu'il pratiquait la course à pied (jogging) ou effectuait des rotations avec son genou. A son avis, la symptomatologie présentée, sous la forme d'une lésion de la corne postérieure du ménisque médian, posait une indication opératoire (arthroscopie), laquelle n'était actuellement pas possible pour l'intéressé en raison de sa situation professionnelle. Il a ainsi invité son patient à définir avec son employeur la période à laquelle l'opération pourrait avoir lieu (pièce M3). Celle-ci (arthroscopie du genou gauche) s'est déroulée le 16 septembre 2021 (pièces M5 et M7). Son employeur a ainsi adressé une déclaration de rechute à l'assureur-accident le 29 septembre suivant (pièce A2).

Assurance des métiers a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans ses rapports des 4 octobre 2021 et 25 octobre suivant, il a indiqué que l'IRM du 3 mai 2021 avait révélé des déchirures de nature purement dégénératives au ménisque

interne dont une fissure verticale dans la corne postérieure sans lésion du ligament. Il a ajouté que la déchirure partielle du tendon du muscle semi-membraneux n'avait en revanche pas été démontrée cliniquement. Citant la littérature médicale, il a estimé que la lésion de la corne postérieure du ménisque interne, sans lésion des ligaments, avait au degré de la vraisemblance prépondérante une nature exclusivement dégénérative, dans la mesure où une lésion traumatique aurait également dû atteindre l'appareil ligamentaire du genou de l'assuré. Pour le médecin-conseil, la glissade du 16 mars 2021 avait ainsi provoqué une symptomatologie d'une atteinte dégénérative préexistante, dont le *statu quo sine* avait été retrouvé au plus tard quatre semaines après (pièces M6 et M9).

**C.** Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2021, Assurance des métiers a mis un terme à ses prestations au 16 avril 2021, au motif que le *statu quo sine* avait été atteint à cette date, soit quatre semaines après l'accident du 16 mars 2021, conformément à l'avis de son médecin-conseil. Elle a précisé que cet évènement avait causé une péjoration temporaire d'un état antérieur préexistant (pièce A4).

Le 9 novembre 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision en affirmant que sa lésion au genou gauche avait été causée par sa glissade du 16 mars 2021 comme l'indiquaient les Drs B \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ (pièce A5). Dans un certificat médical daté du 17 novembre 2021, le Dr B \_\_\_\_\_ a confirmé que la lésion du ménisque interne avait été provoquée par une entorse du genou gauche (pièce M10).

Une nouvelle IRM, réalisée le 26 novembre 2021 par le Dr C \_\_\_\_\_, a ensuite mis en évidence l'apparition d'une voire plusieurs nouvelles déchirures au niveau de la corne postérieure du ménisque interne avec une synovite réactionnelle relativement importante (pièce M12).

Par décision sur opposition du 16 décembre 2021, Assurance des métiers a confirmé que le *statu quo sine* avait été atteint le 16 avril 2021. Elle s'est principalement fondée sur un avis de son médecin-conseil du 26 novembre 2021, dans lequel ce dernier a confirmé que le ménisque interne de l'assuré présentait déjà de lésions dégénératives préexistantes dont la symptomatologie avait été temporairement aggravée par l'accident de sport du 16 mars 2021 (pièces M11 et A9). Jugeant l'avis du médecin-conseil de pleinement probant, l'assureur a mis un terme à ses prestations au 16 avril 2021.

**D.** X \_\_\_\_\_ a recouru céans le 22 décembre 2021 contre cette décision sur opposition. Dans son complément de recours du 31 janvier 2022, il a conclu à son annulation et à l'octroi de prestations au-delà du 16 avril 2021, subsidiairement au renvoi

de la cause à Assurance des métiers pour instruction médicale complémentaire. En substance, il a fait valoir que ses lésions étaient en relation de causalité avec l'accident du 16 mars 2021, dès lors que les avis des Drs B \_\_\_\_\_, D \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ allaient dans ce sens et qu'il n'avait auparavant jamais présenté de problème médical à son genou gauche. Le recourant a également remis en cause la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil, laquelle était contredite par ses médecins-traitants et n'avait selon lui pas pris en compte la dernière IRM du 26 novembre 2021. Il a annexé à son écriture un avis du 20 janvier 2022 du Dr D \_\_\_\_\_ et un rapport du 22 janvier 2022 du Dr B \_\_\_\_\_ (pièces 2 et 3 du recourant).

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> avril 2022, Assurance des métiers a répété que les lésions présentées par le recourant étaient de nature dégénérative comme l'avait relevé d'une manière probante le Dr E \_\_\_\_\_ et ce en dépit des avis divergents des médecins traitants du recourant.

Le 31 mai 2022, le recourant a produit un nouveau rapport du 18 mai 2022 du Dr C \_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 19 mai 2022 du Dr D \_\_\_\_\_, lesquels affirmaient que l'origine de ses troubles était bien traumatique.

Dans sa duplique du 3 août 2022, l'intimée a également versé en cause un nouveau rapport de son médecin-conseil du 15 juin précédent, rejetant les critiques émises par ses confrères et maintenant ses conclusions quant à la nature dégénérative des lésions (pièces M13 et M14). Assurance des métiers a en outre souligné que le recourant avait maintenu une activité sportive après son accident, qu'il s'agissait d'un cas bagatelle et que la symptomatologie n'était pas apparue immédiatement après cet événement. A son avis, ces critères, repris de l'ouvrage cité par le Dr D \_\_\_\_\_ « *Begutachtung des Kniegelenkes bei Meniskus- und Bandläsionen* », parlaient en faveur d'une origine dégénérative et non traumatique des troubles.

Sans autres remarques, l'échange des écritures a été clos le 5 septembre 2022.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 22 décembre 2021 et complété le 31 janvier 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 16 décembre 2021 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 avril 2021 pour les suites de l'accident du 16 mars 2021.

**2.1.** Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, dont les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

**2.2.** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-

accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

Le seul 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 ; arrêt 8C\_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

**2.3.** Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être

considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt 8C\_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C\_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A\_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à

une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C\_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C\_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt 9C\_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

**3.** Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 16 avril 2021, au motif que le *statu quo sine/ante* avait été atteint à cette date conformément à l'avis de son médecin-conseil.

**3.1.** Plusieurs éléments au dossier pourraient effectivement laisser supposer que les lésions dont souffrait le recourant après sa glissade du 16 mars 2021 n'avaient plus pour origine une cause traumatique quatre semaines après cet évènement. Malgré cet accident, l'intéressé a en effet été en mesure de poursuivre son activité professionnelle, il a pu reprendre des exercices physiques (course à pied), la glissade – telle que décrite – était bagatelle, les premiers soins apportés par le Dr B \_\_\_\_\_ l'ont été pour traiter

une contusion (douleurs sans hématome traitées par de la physiothérapie conservative) et les premiers signes d'une lésion méniscale ne sont apparus qu'après plus d'un mois (IRM du 3 mai 2021 ; pièce M2).

Le Dr E \_\_\_\_\_ a en outre expliqué, d'une manière apparaissant *a priori* comme probante, qu'il s'agissait d'une lésion isolée non provoquée par un mouvement physiologique, que le ménisque interne du genou gauche était déjà atteint par des lésions dégénératives, que la glissade n'avait pas causé de symptomatologie aiguë ni de subluxation couplée, qu'elle n'avait pas été traitée rapidement, que le premier constat médical posé par le Dr B \_\_\_\_\_ était des « *douleurs sans hématome* » et que l'atteinte n'avait pas endommagé les structures protectrices, tel l'appareil capsulo-ligamentaire. Il a ajouté que l'arthroscopie du 15 septembre 2021 n'avait eu lieu que six mois après l'accident afin que le recourant puisse s'arranger professionnellement, excluant ainsi le critère du traitement rapide et immédiat, et qu'elle avait également mis en évidence une chondropathie médiale de degré I à II au condyle fémoral ainsi qu'une lésion partielle qui avait très probablement été causée par une dégénérescence. Enfin, il a estimé que les nouvelles lésions observées sur l'imagerie du 26 novembre 2021 n'étaient pas surprenante et qu'elles avaient également une origine purement dégénérative (cf. rapport du 15 juin 2022 ; pièces M13 et M14). Le médecin-conseil de l'intimée a dès lors estimé que l'évènement du 16 mars 2021 avait aggravé temporairement une symptomatologie préexistante et que l'état d'évolution normale du genou de l'intéressé (*statu quo sine vel ante*) avait été récupéré quatre semaines après, soit le 16 avril 2021.

**3.2.** L'intimée a choisi de régler le cas d'assurance du recourant en se basant uniquement sur l'avis de son médecin-conseil et sans recourir à une expertise externe au sens de l'article 44 LPGA. Pour rappel, dans un tel cas, l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes et des doutes, mêmes minimes, quant à la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, exigent de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1 et 139 V 225 consid. 5.2 précités).

En l'occurrence, le recourant a versé en cause des avis étayés de ses médecins traitants estimant que les douleurs dont il se plaignait au-delà du 16 avril 2021 avaient encore pour cause l'accident du 16 mars 2021. L'on précisera premièrement que le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas encore à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt

8C\_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Cela étant, le radiologue et le chirurgien ayant opéré l'intéressé ont affirmé de façon probante qu'il était plus vraisemblable que les lésions révélées par l'IRM du 3 mai 2021 avaient une origine traumatique. Le Dr C \_\_\_\_\_ a ainsi expliqué d'une manière cohérente et fondée que le contexte post-traumatique, la localisation de la lésion (corne postérieure du ménisque interne), l'orientation verticale de celle-ci et l'absence de lésions dégénératives typiques allaient dans le sens d'une atteinte traumatique (cf. rapport du 18 mai 2022 produit par le recourant). Se prononçant dans une discipline relevant de sa spécialité, ce radiologue est convaincant lorsqu'il affirme que la lésion subie par le recourant se situait dans la corne postérieure de son genou gauche (et non antérieure), dans laquelle les déchirures traumatiques étaient les plus fréquentes en pratique (cf. également arrêt 8C\_807/2019 du 1<sup>er</sup> février 2021 consid. 6.2).

Quant au Dr D \_\_\_\_\_, il a relevé que le mouvement effectué par son patient (chute en flexion/torsion ; « *Beuge-/Drehsturz* ») était souvent considéré par la doctrine médicale comme une cause possible d'un traumatisme, et ce même en l'absence d'atteinte ligamentaire. Il a également indiqué que la lésion de la corne postérieure du ménisque médial, mis en évidence par son protocole opératoire, était une atteinte typiquement causée par un traumatisme. A l'instar du Dr C \_\_\_\_\_, il a ajouté que si la lésion était d'origine dégénérative comme le prétendait le médecin-conseil, elle aurait dû être horizontale et non verticale (cf. rapport du 20 janvier 2022 produit par le recourant). Le 19 mai 2022, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué que l'avis du Dr E \_\_\_\_\_ était une simple interprétation qui était contredite par les imageries, son opinion et celle de la doctrine médicale. A ce rapport, il a en outre annexé la littérature spécialisée sur laquelle il se fondait (cf. rapport du 19 mai 2022 produit par le recourant), dont notamment un consensus de recommandations pour le traitement de traumatisme du ménisque (Management of traumatic meniscus tears : the 2019 ESSKA meniscus consensus du 31 octobre 2019) confirmant qu'une déchirure verticale est caractéristique d'une atteinte traumatique du ménisque (point 1) et une contribution du Prof. Norbert Südkamp de l'Université de Freiburg affirmant qu'une chute en flexion-rotation d'un footballeur représentait typiquement un mécanisme accidentel (SÜDKAMP, Die Abgrenzung des unfallbedingten vom degenerativen Meniskusschaden, in Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung [DGUV] – Landesverband Südwest).

En plus d'être motivées et étayées par des références médicales spécialisées, les conclusions des Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ sont communes et laissent dès lors subsister un doute non négligeable sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du

médecin-conseil de l'intimée. Aucune raison ne permet ainsi d'accorder une valeur probante moindre à leurs rapports. On ajoutera par ailleurs que l'IRM du 3 mai 2021 n'a pas mis en évidence d'atteintes dégénératives avancées (pas d'arthrose ni d'épanchement, chondropathie rotulienne de grade II ; cf. pièce M2) et que rien au dossier ne permet d'affirmer que le recourant aurait dû subir une arthroscopie du genou gauche aussi s'il ne se l'était pas tordu le 16 mars 2021 lors d'un entraînement de football. Le Dr D \_\_\_\_\_ a au demeurant indiqué qu'une nouvelle opération (avec ménissectomie partielle) avait été planifiée le 22 décembre 2021 en raison de l'absence de rétablissement complet du ménisque gauche (cf. rapport du 20 janvier 2022 produit par le recourant). Par conséquent, et en l'absence d'éléments attestant une difficulté rencontrée par le recourant dans son genou droit également, il apparaît encore moins vraisemblable que ces différentes interventions auraient été nécessaires sans l'accident du 16 mars 2021.

**3.3.** Dans ces circonstances, en présence d'interprétations divergentes de spécialistes sur des questions purement médicales, il n'est pas possible pour la Cour de céans de porter un jugement valable sur l'issue de la cause. La cause ne saurait ainsi être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; arrêt 8C\_615/2021 du 31 mars 2021 consid. 3.2). Il revenait par conséquent à l'intimée d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, à tout le moins en requérant de son médecin-conseil qu'il examine personnellement le recourant, étant entendu qu'un simple examen du genou opposé, par exemple par le biais d'une échographie, aurait probablement pu apporter des indices supplémentaires quant à l'importance des atteintes dégénératives préexistantes et de leur stade d'avancement dans le genou droit de l'intéressé.

Eu égard à ce qui précède, la décision sur opposition du 16 décembre 2021 est annulée et la cause renvoyée à Assurance des métiers pour mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPG, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 alinéa 1 LPG (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêts 8C\_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références). Seul un expert neutre et indépendant pourra apporter une réponse tranchée sur les divergences d'opinions entre les spécialistes et notamment déterminer à quel moment le *statu quo sine vel ante* a été rétabli. Une fois ces différents points traités par l'expert, l'intimée statuera à nouveau sur la question d'une prise en charge des suites de l'événement du 16 mars 2021 pour la période postérieure au 16 avril 2021.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA, la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires).

5. La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

5.1. Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11 000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

5.2. Dans le cas d'espèce, le mandataire du recourant a produit un recours motivé de six pages puis une réplique de deux pages, ainsi qu'un courrier supplémentaire. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par l'avocat du recourant qui a notamment produit des avis de différents médecins, de la teneur des pièces de procédure déposées, de la complexité moyenne de l'affaire et de l'ampleur du dossier, la Cour fixe les honoraires de son avocat à un montant arrondi de 2000 francs, débours et TVA compris.

### **Prononce**

1. Le recours est admis. La cause est renvoyée à Branchen Versicherung Assurance des métiers pour la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGA, conformément au considérant 3, et nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. Branchen Versicherung Assurance des métiers versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 2 août 2023.