C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 16 septembre 2026

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Berberat et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Huser

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à E***, recourante, représentée par Me Jana Burysek, avocate à Lausanne,

et

B._____ SA, à C***, intimée.

_____

Art. 39 al. 1, 60 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est employée comme consultante à 80% pour le compte de D._____ SA. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les conséquences d'accidents professionnels et non professionnels auprès de B._____ SA (ci-après : B._____ ou l'intimée).

Le 18 janvier 2024, l'assurée, qui se relevait de la position accroupie, a entendu un craquement et ressenti une vive douleur au niveau du genou gauche.

Le jour même, elle s'est rendue au Service des Urgences du Centre hospitalier universitaire F._____ (Centre hospitalier universitaire F._____) en raison d'arthralgies, où une lésion du ménisque interne gauche a été suspectée. L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% à partir du 18 janvier 2024.

Une IRM du genou gauche, réalisée le 22 janvier 2024, a mis en évidence un épanchement intra-articulaire modéré du genou gauche avec une ébauche de kyste poplité, un épaississement proximal séquellaire du ligament collatéral médial mais sans déchirure et sans inflammation, une tendinobursite distale débutante du semi-membraneux et de la patte d'oie, une déchirure verticale complète du ménisque médial avec une anse de seau dans l'échancrure intercondylienne, une déchirure horizontale oblique surajoutée du segment postérieur du ménisque médial, l'absence de chondropathie ou de lésion ostéochondrale, ainsi que l'absence d'œdème osseux ou de fracture.

Le 23 janvier 2024, l'assurée a été vue en consultation par le Dr G._____, médecin auprès de la Clinique J._____. Dans son rapport y relatif, ce médecin a posé le diagnostic de déchirure verticale complète du ménisque avec une anse de seau à gauche et précisé que la lésion nécessitait une intervention chirurgicale. Il a également noté la présence anamnestique, chez une ancienne sportive de haut niveau (natation), d'une

fissure méniscale dans l'enfance, relevant que la patiente ne se souvenait plus de quel genou il s'agissait.

Dans un rapport de consultation du 26 janvier 2024, le Dr G._____ a retenu le diagnostic de lésion post-traumatique en anse de seau du ménisque interne gauche et constaté une diminution de l'épanchement du genou.

A la même date, l'employeur de l'assurée a complété une déclaration de sinistre à l'attention de B._____, en décrivant l'évènement du 18 janvier 2024 comme suit : « mauvais mouvement en habillant sa fille ».

Invitée à décrire les circonstances de l'évènement du 18 janvier 2024, l'assurée a précisé, dans un formulaire complété le 30 janvier 2024, qu'elle était accroupie afin de lacer les chaussures de sa fille et que lorsqu'elle s'était relevée, elle avait entendu un craquement et ressenti une vive douleur au niveau du genou gauche. Elle a, en outre, indiqué qu'il s'agissait d'une activité habituelle qui s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales.

Le 1er février 2024, l'assurée a subi une opération du genou gauche, consistant en une méniscectomie partielle interne par arthroscopie (cf. protocole opératoire daté du même jour).

Entre le 2 février et le 7 juin 2024 ont eu lieu des échanges de courriels entre l'assurée et B._____ en lien avec une IRM qu'elle avait effectuée par le passé à l'un de ses genoux. Aux dires de l'assurée, les démarches entreprises auprès de diverses institutions en K*** (hôpitaux, sécurité sociale), pour tenter d'obtenir des documents à ce sujet, n'avaient pas abouti, compte tenu de l'ancienneté de l'examen en question.

A la demande du médecin-conseil de B._____, une radiographie du genou gauche de l'assurée a été effectuée le 11 juin 2024.

Celle-ci a mis en évidence un discret pincement fémoro-tibial interne des deux genoux, majoré en position de *Schuss* du côté gauche.

Dans un questionnaire de B._____ complété le 28 juin 2024, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, a retenu les diagnostics de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, d'ancienne lésion du ligament latéral interne, de tendinobursite débutante, distale, du muscle semi-membraneux et de la patte d'oie, d'épanchement intra-articulaire et d'ébauche de kyste poplité. Il a en outre répondu que la lésion méniscale correspondait bien à une lésion corporelle assimilée à un accident, à l'exclusion des autres atteintes, mais que cette lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, expliquant ce qui suit (*sic*) :

> « Sur RX schuss : pincement fémoro-tibial interne bilatéral, plus marqué à gauche.
> Du côté G [gauche], il est estimé à 40% (ce qui équivaut à une arthrose SFA [Société Francophone d'Arthroscopie] stade II).
> Pincement déjà fortement suspecté sur les images IRM du 22.1.24 (ex. 6/20 et 101/33), et très probablement responsable de l'extrusion coté médial de ce qui reste du ménisque interne (cf. image 6/18). Ménisque interne non seulement extrus, mais assurément usée en son centre, de façon quelque peu étendue (image 4/49, 6/17-23 et 101/42, touchant la corne postérieure et le segment moyen, usure ou faiblesse à l'origine ou créant le lit d'une lésion en surface – soit une déchirure ou une méniscopathie grade III). »

Par décision du 2 juillet 2024, B._____ a refusé de prendre en charge les suites de l'évènement du 18 janvier 2024, aux motifs que celui-ci ne constituait ni un accident, ni une lésion corporelle assimilée à un accident.

Le 8 juillet 2024, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a formé opposition à cette décision, en relevant que l'évènement du 18 janvier 2024 correspondait bien à la notion d'accident ou, du moins, que l'atteinte au genou gauche entrait dans le cadre d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

Par courrier du 5 septembre 2024, l'assurée a complété son opposition, en produisant un rapport du 29 août 2024 des Drs N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____, dans lequel ces médecins confirmaient, d'une part, que le diagnostic de déchirure verticale complète du ménisque médial avec une anse de seau au genou gauche était en lien avec l'évènement du 18 janvier 2024 et, d'autre part, que l'assurée présentait bien une lésion corporelle assimilée à un accident qui était d'origine traumatique survenue après une torsion brusque du genou d'une position accroupie avec propulsion en avant.

Dans un courriel du 13 septembre 2024, le Dr M._____ a fait remarquer que ses confrères avaient retenu une lésion d'origine traumatique sans autre explication concernant la morphologie lésionnelle et l'environnement (arthrose) dans lequel elle était survenue. Selon lui, la prépondérance d'une lésion dégénérative, comme en l'espèce, était clairement appréciable sur le bilan radiologique (pincement articulaire ; extrusion méniscale - position modifiant invariablement les contraintes sur le ménisque et l'exposant à une usure ; dégénérescence centrale dudit ménisque), si bien que le bref rapport du 29 août 2024, qui ciblait l'action vulnérante, plutôt qu'une analyse détaillée des images radiologiques, ne modifiait en rien son appréciation du 28 juin 2024.

Par décision sur opposition du 9 octobre 2024, B._____ a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a souligné que l'évènement du 18 janvier 2024 ne constituait pas un accident faute de facteur extérieur extraordinaire. En outre, la lésion subie ne rentrait pas dans la définition de lésion corporelle assimilée, dès lors que cette lésion était due de manière prépondérante à l'usure.

B. Par acte du 11 novembre 2024, portant un sceau postal avec la date du 13 novembre 2024, A._____, représentée par Me Jana Burysek, a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à son annulation, respectivement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'intimée et, subsidairement, au renvoi de

la cause à celle-ci pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle a, en substance, fait valoir que l'instruction était incomplète, dès lors que ni les antécédents, ni les circonstances de la première apparition des troubles n'avaient été établis à satisfaction de droit et que les différents indices qui parlaient en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie n'avaient pas été pondérés d'un point de vue médical. L'intimée ne pouvait ainsi pas se prévaloir d'avoir apporté la preuve que la lésion était due, de manière prépondérante, à l'usure ou à la maladie. En tout état de cause, les Drs N._____ et G._____ avaient établi des éléments objectivables suffisamment pertinents pour susciter des doutes quant à la valeur probante du rapport du médecin-conseil de l'intimée. Aussi, en présence de deux avis médicaux diamétralement opposés, il y avait lieu d'ordonner une expertise pour déterminer *lege artis* la cause des lésions. La recourante a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Amenée à se déterminer sur la date du dépôt de son recours et la recevabilité de celui-ci sur demande de la juge instructrice du 19 novembre 2024, Me Burysek a contesté, dans un courrier du 29 novembre 2024, le fait que le recours avait été déposé le 13 novembre 2024 (date du sceau postal) et soutenu qu'il avait bien été déposé le 11 novembre 2024, soit dans le délai légal. A l'appui de ses déterminations, elle a fourni une attestation de son associé qui s'était occupé de l'envoi du recours, un courriel adressé le 11 novembre 2024 à sa cliente et à la protection juridique de celle-ci, les informant du dépôt du recours, ainsi que la preuve informatique de sa délivrance. Elle a également expliqué que la timbreuse de l'Etude était tombée en panne, qu'elle avait dû travailler avec des timbres et que l'enveloppe contenant le recours avait été trop affranchie, ce qui avait pu éventuellement retarder son traitement à La Poste. Elle demandait un délai pour produire les déterminations de La Poste à ce sujet.

Par courrier du 9 janvier 2025, Me Burysek a produit un courriel du 18 décembre 2024 de La Poste, dans lequel celle-ci admettait que des cas de retard pouvaient exceptionnellement se produire, compte tenu du grand nombre d'envois transportés quotidiennement. Estimant avoir

renversé la présomption résultant du sceau postal, en prouvant avoir remis l'acte à La Poste dans le délai, Me Burysek a requis que le recours soit déclaré recevable, faisant encore remarquer que le timbre postal aurait été daté du 12 novembre 2024, et non du 13, en cas de dépôt tardif.

Le 13 janvier 2025, un exemplaire du recours déposé le 13 novembre 2024 a été remis à l'intimée et un délai fixé pour déposer une réponse.

Dans sa réponse du 18 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a tout d'abord relevé qu'il y avait lieu de retenir la première version donnée par la recourante quant au déroulement de l'évènement, lequel ne constituait pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Par ailleurs, elle avait, selon elle, démontré à satisfaction de droit que la lésion corporelle assimilée à un accident était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, se référant aux appréciations – qu'elle estimait probantes – de son médecin-conseil, et avait ainsi apporté la preuve libératoire. La lésion en question ne relevait donc pas de sa compétence en tant qu'assureur-accidents mais de celle de l'assureur-maladie.

Par réplique du 24 mars 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions, en contestant la valeur probante du rapport du Dr M._____ et en s'appuyant sur un rapport du 20 janvier 2025 des Drs N._____ et G._____, qui retenaient l'absence de lésion dégénérative préexistante sur le plan cartilagineux et un lien clair entre l'évènement traumatique du 18 janvier 2024 et l'intervention du 1er février 2024. Ces médecins émettaient également des réserves quant à l'interprétation du Dr M._____, relative au pincement fémoro-tibila interne bilatéral, soulignant que l'interligne interne était toujours moins large que l'interligne externe et que la différence entre les deux genoux était minime.

Par duplique du 5 mai 2025, l'intimée a maintenu sa position. Elle a en particulier soutenu que le rapport du 20 janvier 2025 des Drs N._____ et G._____ ne permettait pas de remettre en doute l'appréciation bien étayée du Dr M._____, qui s'était prononcé à plusieurs

reprises, en dernier lieu dans un rapport du 21 avril 2024 [*recte* 2025], joint à son écriture.

Dans des déterminations du 13 mai 2025, la recourante a requis que l'écriture du 5 mai 2025 et la pièce produite en annexe soient retranchées du dossier, dans la mesure où cette pièce était datée du 21 avril 2024 et qu'elle n'avait pas été versée au dossier avant que la décision du 9 octobre 2024 ne soit rendue, ce qui violait son droit d'être entendue. Elle a requis, à titre subsidiaire, qu'un délai lui soit imparti pour se déterminer sur cette pièce.

La recourante s'est encore déterminée, le 16 juin 2025, sur le rapport du 21 avril 2024 [*recte* 2025] du Dr M._____. A cet égard, elle a souligné que ce rapport se bornait à vouloir démontrer l'existence d'atteintes dégénératives préexistantes, ce qui était contesté par les médecins traitants et que même si l'on devait, par impossible, admettre que des atteintes préexistantes avaient pu favoriser une déchirure complète du ménisque le 18 janvier 2024, cela ne suffisait pas encore à considérer que ces atteintes avaient constitué le facteur prépondérant dans la déchirure méniscale. Il fallait ainsi constater que les deux appréciations médicales divergeaient et que l'avis des médecins traitants permettaient de jeter le doute sur la fiabilité des conclusions du médecin-conseil de l'intimée.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

Les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA).

Lorsqu'un recours paraît tardif, l'autorité interpelle la partie recourante en lui impartissant un bref délai pour se déterminer (art. 78 al. 1 par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

b) En l'occurrence, on relèvera, d'une part, que Me Burysek n'avait pas à produire spontanément, avec le recours, les moyens de preuve permettant d'établir la remise à temps de cet acte, vu que le dépôt est intervenu avant l'heure de levée du dernier jour du délai légal et qu'elle ne pouvait pas se douter qu'il y aurait un problème par la suite en lien avec la date figurant sur le sceau postal. L'indication spontanée des moyens de preuve quant au dépôt en temps utile du recours est en effet attendue, conformément aux règles de la bonne foi, uniquement dans les situations, où ce dépôt est intervenu en dehors des heures d'ouverture de la poste (cf. TF 4A_95/2023 du 12 décembre 2023 consid. 4.2.1). D'autre part, il y a lieu de constater que Me Burysek a rapporté la preuve certaine, au sens de la jurisprudence, permettant de renverser la présomption résultant du sceau postal (cf. TF 4A_95/2023 précité consid. 4.3.1), en produisant une attestation du 28 novembre 2024 de son associé, ainsi que les courriels adressés le 11 novembre 2024 à 16h33 à la recourante et à la protection juridique de celle-ci, les informant de l'envoi du recours le jour même. A cela s'ajoute que La Poste a reconnu, dans son courriel du 18 décembre 2024, que des retards pouvaient se produire. Il convient donc d'admettre que le recours a été remis à La Poste le 11 novembre 2024, soit en temps utile.

Pour le surplus, déposé auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée, plus particulièrement sur le point de savoir si les atteintes subies au genou gauche le 18 janvier 2024 découlent d'un accident ou sont assimilables à un accident et si, dans la seconde hypothèse, ces atteintes sont dues, de manière prépondérante, à un état dégénératif.

3. **a)** Aux termes de 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.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

Par ailleurs, 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. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des

situations que l’on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d’habituels. Ainsi, la jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais 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. Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs 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 et les références citées).

c) Au sujet de la preuve de l’existence d’une cause extérieure prétendument à l’origine de l’atteinte à la santé, les explications d’une personne assurée sur le déroulement d’un fait allégué sont au bénéfice d’une présomption d’exactitude (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références citées).

d) En présence de deux versions différentes et contradictoires d’un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu’elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

4. **a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. S’il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l’affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 146 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références

citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) 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 même faibles 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. 4.6 et 4.7 ; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

6. En l'espèce, il convient tout d'abord de déterminer si l'évènement survenu le 18 janvier 2024 entre dans la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA.

Par déclaration de sinistre complétée le 26 janvier 2024, l'employeur de la recourante a informé l'intimée de l'évènement survenu le 18 janvier 2024, en indiquant, de manière lapidaire, « Mauvais mouvement en habillant sa fille. »

Amenée à détailler les circonstances de l'évènement du 18 janvier 2024, la recourante a précisé, dans un questionnaire rempli par ses soins le 30 janvier 2024, qu'elle était accroupie afin de lacer les chaussures de sa fille et que lorsqu'elle s'était relevée, elle avait entendu un craquement et ressenti une vive douleur au niveau du genou gauche.

Ce n'est que dans un rapport du 29 août 2024, produit dans le cadre de l'opposition à la décision de refus de prestations du 2 juillet 2024, que les médecins traitants ont, pour la première fois, évoqué une torsion brusque du genou d'une position accroupie avec propulsion en avant.

Or, conformément à la jurisprudence évoquée ci-dessus (cf. *supra* consid. 3d), la préférence doit être accordée aux premières déclarations. Il convient ainsi de retenir la version de la recourante, selon laquelle elle était accroupie et s'est relevée après avoir lacé les chaussures de son enfant, et d'écarter le mécanisme lésionnel de torsion brusque, décrit, pour la première et unique fois, par les médecins traitants, dans leur rapport du 29 août 2024. La version de la recourante rejoint, du reste, celle mentionnée par le Dr G._____, dans son rapport établi le 23 janvier 2024, soit cinq jours après l'évènement du 18 janvier 2024, de gonalgies survenues chez la recourante « en se levant [de] la position accroupie ».

A la question de savoir si lacer les chaussures de sa fille en position accroupie était une activité habituelle, la recourante a répondu par l'affirmative, de même qu'elle a confirmé que cette activité s'était déroulée dans des circonstances extérieures normales (cf. questionnaire complété le 30 janvier 2024).

Ainsi, il n'y a pas eu de fait particulier interférant dans le déroulement du mouvement effectué par la recourante, si bien que la condition de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire n'est pas réalisée.

Partant, le caractère accidentel de l'événement doit être nié.

7. Les atteintes subies par la recourante au genou gauche doivent encore être examinées sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. c, LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie :

a. les fractures ;
b. les déboîtements d'articulations ;
c. les déchirures du ménisque ;
d. les déchirures de muscles ;
e. les élongations de muscles ;
f. les déchirures de tendons ;
g. les lésions de ligaments ;
h. les lésions du tympan.

Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assureur-accidents est en principe tenu de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assureur-accidents est toutefois libéré de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % de tous les facteurs en cause à une atteinte maladive ou dégénérative. En d'autres termes, l'assureur-accidents est tenu de prester aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

b) A titre liminaire, il faut constater que seule la déchirure du ménisque médial du genou gauche de la recourante entre dans la définition de l'art. 6 al. 2 LAA, à l'exclusion des autres lésions constatées à l'IRM du 22 janvier 2024 (en particulier la tendinobursite distale débutante du

muscle semi-membraneux et de la patte d'oie et l'épanchement intra-articulaire avec une ébauche de kyste poplité).

A cet égard, l'intimée ne conteste pas que la lésion méniscale présentée par la recourante corresponde à une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA mais elle estime, en s'appuyant sur l'avis du Dr M._____, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

8. **a)** Dans un premier grief, tiré de la violation de son droit à un procès équitable et de son droit d'être entendue, la recourante a requis que le rapport du Dr M._____, daté du 21 avril 2024 et produit par l'intimée à l'appui de sa duplique soit retranché du dossier, dans la mesure où, selon elle, ce rapport existait déjà au moment où la décision attaquée avait été rendue mais n'avait pas été versé au dossier.

Il ressort toutefois clairement du rapport en question que la mention du 21 avril *2024* est une erreur de plume et qu'il a été établi le 21 avril *2025.* En effet, ce rapport fait état de pièces postérieures au 21 avril 2024, en particulier de la lettre de consultation du 21 janvier 2025 produite par la recourante à l'appui de sa réplique du 24 mars 2025. L'argument de la recourante tombe dès lors à faux et le rapport en question est recevable. Pour le surplus, un délai de déterminations lui ayant été fixé, la recourante a eu l'occasion de s'exprimer sur ledit rapport, ce qu'elle a d'ailleurs fait par écriture du 16 juin 2025, si bien que son droit d'être entendue a été respecté.

b) Dans un second grief, la recourante estime que l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'intimée, sur laquelle repose la décision sur opposition du 9 octobre 2024, est valablement mise en doute par l'avis de ses médecins traitants, ainsi que par les pièces médicales au dossier, si bien que la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante s'avère nécessaire.

aa) Selon le Dr M._____, la déchirure du ménisque du genou gauche de la recourante est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Pour appuyer son hypothèse, ce médecin s'est, en particulier, référé à la radiographie effectuée le 11 juin 2024 en position *Schuss*, pour déduire l'existence d'un pincement fémoro-tibial interne bilatéral, plus marqué à gauche, qu'il estimait à 40%, équivalant, selon lui, à une arthrose de stade II. Le Dr M._____ précisait que ce pincement était déjà fortement suspecté sur les images IRM du 22 janvier 2024 et très probablement responsable de l'extrusion côté médial de ce qui restait du ménisque interne, lequel était non seulement extrus mais assurément usé en son centre, de façon quelque peu étendue (cf. rapport du 28 juin 2024). Il a également mentionné, ultérieurement, que la prépondérance d'une lésion dégénérative (ou micro-traumatique), dans le cas de la recourante, était clairement appréciable sur le bilan radiologique, évoquant le pincement articulaire, l'extrusion méniscale et la dégénérescence du centre dudit ménisque (cf. courriel du 13 septembre 2024).

Dans le rapport du 21 avril 2025, produit dans le cadre de la procédure de recours, le Dr M._____ a confirmé son appréciation. Il a relevé que l'IRM effectuée le 22 janvier 2024 avait montré des stigmates d'une usure méniscale interne chronique étendue (2/3 postérieurs). Cette usure était due à des phénomèmes micro-traumatiques, soit par surmenage, soit la conséquence de contraintes anormales dues à une usure du cartilage adjacent, soit les deux, éventuellement favorisée par une prédisposition naturelle. Selon le Dr M._____, l'usure cartilagineuse adjacente, qui était déjà appréciable sur les imageries, avait très probablement été responsable d'un refoulement (ou d'une extrusion) médial dudit ménisque, altérant ainsi sa biomécanique et, partant, les contraintes subies. Le médecin-conseil a en outre mentionné que l'usure du compartiement fémoro-tibial interne était significative et le reflet d'une arthrose de stade 2 selon la SFA ou de stade 1 selon R._____. Cette usure était appréciable sur l'incidence radiologique *Schuss*. Il a enfin souligné qu'il ne connaissait pas d'étude à large échelle qui stipulait que les cartilages articulaires se développaient (enfance/adolescence) de façon asymétrique et que la règle, chez les enfants, était la symétrie (hormis quelques aléas

anatomiques intéressant une minorité, tel que le ménisque discoïde). L'asymétrie s'installait avec le temps, soit par un surmenage (ex. sportif), soit par une dynamique varisante (qui était plus fréquente) ou valgisante (plus rare) naturelle des membres inférieurs. Ceci expliquait une prévalence plus élevée de la gonarthrose varisante. Cette dynamique pouvait être majorée en cas de lésion méniscale préexistante ou par d'autres facteurs constitutionnels ou acquis. En définitive, le Dr M._____ considérait que, chez la recourante, le tableau maladif ou dégénératif préexistant était évident. Ce tableau revêtait très clairement un caractère prépondérant puisque plusieurs facteurs (usure méniscale interne étendue, contraintes biomécaniques chroniquement anormales sur le ménisque en raison de sa position extruse, usure cartilagineuse) favorisant la survenue, un jour ou l'autre, d'une déchirure méniscale (ou lésion de surface, ou méniscopathie de grade 3), étaient préalablement réunis (cf. rapport du 21 avril 2025).

bb) En l'occurrence, il y a tout d'abord lieu de constater que l'appréciation du Dr M._____ se fonde essentiellement sur sa réinterprétation des imageries. En effet, les constats faits par ce médecin ne ressortent pas des rapports radiologiques. En particulier, alors que le Dr M._____ note un pincement fémoro-tibial significatif bilatéralement et l'estime entre 40 et 35% à gauche contre 25% à droite, le rapport de radiographie du 11 juin 2024 fait état d'un « discret » pincement fémoro-tibial bilatéral, certes plus marqué à gauche en position de *Schuss*, sans pour autant indiquer de pourcentage. Ce pincement n'est, par ailleurs, pas mentionné dans le rapport d'IRM antérieur du 22 janvier 2024. Le Dr M._____ retient également une extrusion méniscale mais ce phénomène n'est indiqué ni dans le rapport d'IRM du 22 janvier 2024, ni dans le rapport radiologique du 11 juin 2024. Il en va de même de l'ancienne lésion du ligament latéral interne mentionnée par le médecin-conseil.

cc) L'avis du Dr M._____ s'oppose, en outre, à celui des Drs N._____ et G._____, médecins traitants, qui considèrent que la déchirure du ménisque médial du genou gauche de la recourante est clairement d'origine traumatique. Ceux-ci ont relevé que les imageries radiologiques montraient l'absence de remodelé arthrosique au genou

gauche, un très léger pincement de l'interligne interne mais qui ne correspondait pas à un grade II comme le suggérait le Dr M._____, dans la mesure où cet interligne était largement inférieur à la moitié de l'espace articulaire compris entre le condyle fémoral interne et le plateau tibial interne. Par ailleurs, si dans le rapport d'IRM du 22 janvier 2024, il était bien noté la présence d'une lésion méniscale, l'absence de chondropathie dans le compartiment interne était également constatée. Le bilan arthrosique réalisé au moment de la méniscectomie ne mettait, en outre, pas en évidence de lésion cartilagineuse au niveau du condyle ou du plateau tibial. En conséquence, on pouvait admettre l'absence de lésion dégénérative préexisante sur le plan cartilagineux (cf. rapport du 20 janvier 2025). Les Drs N._____ et G._____ précisaient encore que des réserves devaient être émises concernant l'interprétation d'un pincement fémoro-tibial interne bilatéral par le Dr M._____, puisque l'interligne interne était toujours moins large que l'interligne externe et que la différence entre les deux genoux était minime.

dd) Ainsi, force est de constater qu'il y a controverse entre le médecin-conseil de l'intimée, d'une part, et les médecins traitants, d'autre part, quant à l'interprétation des imageries, et, notamment, quant à l'ampleur du pincement de l'interligne interne. A cela s'ajoute que les médecins traitants, qui ont pratiqué l'arthroscopie le 1er février 2024, n'ont pas constaté de lésions cartilagineuses, telles que retenues par le Dr M._____.

En conclusion, les explications présentées par les médecins traitants sont suffisantes pour mettre en cause le bien-fondé de l'avis du Dr M._____, étant rappelé qu'un doute même minime est suffisant (cf. *supra* consid. 4b). A tout le moins, il n'est, en l'état, pas possible à la Cour de céans, qui ne dispose pas des connaissances médicales nécessaires, de départager les avis divergents des médecins susmentionnés et d'accorder la préférence à l'une ou l'autre appréciation, en particulier s'agissant de l'interprétation des images IRM et radiologiques, ainsi que des conséquences qui en découlent quant à l'origine dégénérative ou non de la lésion méniscale.

ee) Aussi, dans la mesure où le cas de la recourante a été réglé sans avoir eu recours à une expertise et où il existe bel et bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'intimée, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. *supra* consid. 4d).

9. **a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire, afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale orthopédique, selon la procédure de l'art. 44 LPGA, après avoir complété le dossier notamment par la production des images arthroscopiques (à disposition selon la lettre de consultation du 20 janvier 2025), étant ici expressément réservée la faculté d'associer au volet orthopédique de l'expertise, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune (par exemple la radiologie).

10. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

Il n’y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d’arrêter cette indemnité à 2’000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 9 octobre 2024 par B._____ SA est annulée et la cause renvoyée à celle-ci pour complément d’instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Il n’est pas perçu de frais judiciaires.

IV. B._____ SA versera à A._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jana Burysek (pour la recourante),
- B._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :