

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 avril 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et M. Reinberg, juge assesseur,
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Orion Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

M. _____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé depuis le 10 novembre 2018 en qualité d'auxiliaire de santé pour l'entreprise [...], à un taux de 60%. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de M._____ (ci-après: M._____ ou l'intimée).

Le 21 novembre 2019, l'assurée s'est rendue à la consultation ambulatoire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital [...] en raison d'une douleur au genou. Le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a établi un premier rapport dans lequel il a fait la description suivante de l'anamnèse de l'assurée :

"Patiente de 56 ans, auxiliaire de santé (CMS), qui veut relever un patient dans son lit et qui fait un mouvement de torsion interne au niveau du genou droit le 19.11".

Dans un second rapport, établi une heure plus tard, le Dr [...] reprend l'anamnèse de l'assurée dans les termes suivants:

"Patiente de 56 ans, auxiliaire de santé (CMS), qui veut relever un patient dans son lit et qui fait un mouvement en valgus au niveau du genou droit le 19.11."

La suite du rapport indique, sous la rubrique "Examen clinique"

:

"Ortho: genou D: tuméfaction douloureuse au niveau de l'interligne fémoro-patellaire et de l'insertion du LLE [ligament latéral externe] douleur au niveau du ménisque latérale à la rotation interne avec Mc Murray+. Tiroir antérieur et postérieur négatif. Pas de laxité LLE/LLI [ligament latéral interne]".

Les radiographies effectuées le même jour ont révélé un épanchement intra-articulaire, une calcification des ménisques internes et une chondrocalcinose, sans aucun signe de fracture.

Par déclaration d'accident du 25 novembre 2019, l'employeur a annoncé l'incident survenu le 21 novembre 2019, décrit en ces termes:

"En faisant la toilette d'un patient, au moment de l'asseoir dans son lit madame a fait un faux mouvement et s'est tordue le genou. Madame ne connaît pas encore le type de lésion, doit faire un IRM".

Le 25 novembre 2019, une IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'articulation du genou droit a été effectuée. Le radiologue a fait les constatations suivantes:

"Conclusions:

Déchirure horizontale du ménisque latéral dans son segment latéral et de la corne antérieure d'allure dégénérative sans déchirure instable et de discrète chondropathie grade 2 fémorotibial latéral".

Le 6 décembre 2019, en complément à l'annonce de sinistre du 25 novembre 2019, l'assurée a répondu comme il suit aux questions de l'assureur-accidents :

"1. Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi une lésion corporelle ?

En faisant la toilette du patient. D'abord il est couché dans son lit, puis il faut l'aider à s'asseoir. Au moment de l'aider, il a eu un mouvement de recul et j'ai adapté ma position pour l'aider au mieux et c'est là que je me suis tordu le genou".

(...)

3. Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?

De suite. En sortant de chez lui, j'ai voulu descendre les marches comme d'habitude mais j'y ai renoncé et pris l'ascenseur car fortes douleurs.

4. 4.1 Les douleurs sont-elles apparues alors que vous souleviez, portiez ou déplaçiez un patient ?

Oui

4.2 Taille et poids du patients:

Environ 175 cm et 170 kg. (...).

(...)

4.4 L'un d'entre vous a-t-il eu une défaillance ?

Non

5. 5.1 S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ?

Oui

5.2 C'est elle déroulée dans des circonstances extérieures normales ?

Oui

5.3 Ou s'est-il produit un événement particulier ?

Oui. Plus de difficultés pour le patient. Je me suis repositionnée afin de l'aider".

L'assurée a repris le travail à 100 % dès le 15 décembre 2019.

Le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a retenu dans un document intitulé "procès-verbal de la séance médicale" du 7 janvier 2020 les diagnostics de déchirure méniscale externe dégénérative et de gonarthrose externe (chondropathie / extension ménisque), et constaté que ces lésions étaient dues de manière prépondérante voir exclusive à l'usure ou à une maladie.

Par décision du 9 janvier 2020, M._____, a informé l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge l'événement du 19 novembre 2019, au motif que les atteintes subies n'avaient pas d'origine accidentelle et ne relevaient pas de la notion de lésion assimilée à un accident en raison de leur caractère essentiellement dégénératif et maladif.

Par courrier du 17 janvier 2020, l'assurée, représentée par Orion Protection Juridique SA, a fait opposition à la décision du 9 janvier 2020, en concluant à la prise en charge de ses frais médicaux par l'assureur-accidents. Revenant sur les circonstances de l'événement litigieux du 19 novembre 2019, elle a notamment expliqué qu'en aidant son patient à s'asseoir, celui-ci avait présenté des difficultés telles qu'il était presque retombé sur elle. C'est à ce moment-là qu'elle s'était tordue le genou.

L'assurée a complété son opposition le 13 mai 2020. Elle a à nouveau décrit l'événement du 19 novembre 2019 en indiquant que son patient avait eu un mouvement de recul alors qu'elle l'aidait à s'asseoir, et qu'il lui était presque tombé dessus. Ce mouvement de recul était constitutif d'une cause extérieure extraordinaire, qui avait provoqué l'atteinte, soudaine et involontaire à sa santé. Elle a par ailleurs précisé que le mouvement effectué était non coordonné. Elle a également développé son argumentation sous l'angle de la causalité naturelle et

adéquate, rappelant que son genou était totalement asymptomatique avant l'événement du 19 novembre 2019.

Dans un rapport du 5 août 2020, le médecin-conseil de M._____ a commenté l'IRM du 25 novembre 2019, en ajoutant par rapport à l'avis de son collègue radiologue qu'il existait une dégénérescence centrale (lésion grade II) de la quasi-totalité du ménisque externe, avec une atteinte de la surface (lésion grade III ou déchirure) à la jonction segment intermédiaire/corne postérieure. Le segment intermédiaire dudit ménisque était extrus. L'extrusion était due à un syndrome d'hyperpression chronique du compartiment fémoro-tibial externe, l'hyperpression étant due à l'usure (chondropathie). Ces éléments reflétaient, avec une très haute vraisemblance, une méniscopathie chronique/dégénérative, dans le cadre d'une pré-arthrose ou arthrose débutante du compartiment fémoro-patellaire adjacent. D'après le médecin-conseil, la pathologie avait été révélée par l'incident du 19 novembre 2019, étant encore souligné que la déchirure méniscale dont il était question revêtait un caractère dégénératif prépondérant, si ce n'est exclusif.

Par décision sur opposition du 13 août 2019 [recte: 13 août 2020], M._____ a maintenu son refus de prester, pour les mêmes motifs que ceux développés dans la décision du 9 janvier 2020.

B. Par acte du 14 septembre 2020, F._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à sa réforme, en ce sens que M._____ doit prendre en charge les suites de l'événement du 19 novembre 2019, subsidiairement à son annulation, la décision litigieuse étant renvoyée à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Rappelant les circonstances de l'événement du 19 novembre 2019, elle maintient avoir subi un accident ce jour-là, singulièrement que le critère de la cause extérieure extraordinaire est réalisé dans son cas. Elle critique par ailleurs la valeur probante du rapport établi par le Dr [...].

L'intimée conclut au rejet du recours le 5 novembre 2020. Elle maintient que les conditions pour retenir la survenance d'un accident le 19 novembre 2019 ne sont pas réunies et que la lésion subie par l'assurée est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, de sorte qu'elle ne peut être assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par réplique du 14 décembre 2020, la recourante maintient ses conclusions, singulièrement la version selon laquelle son patient lui est pratiquement tombé dessus alors qu'elle l'aidait à s'asseoir dans son lit.

Dans sa duplique du 6 janvier 2021, l'intimée conteste la version des faits soutenue par la recourante, rappelant qu'il s'agit de s'en tenir, pour l'examen de la notion d'accident, aux premières déclarations faites par l'assurée. Pour le surplus, elle renvoie à ses précédentes écritures et maintient ses conclusions.

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-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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 la prise en charge de l'événement du 19 novembre 2019 par l'intimée, plus particulièrement sur le point de savoir si les atteintes à la santé présentées par la recourante sont d'origine accidentelle ou sont assimilées à un accident.

3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'évènement litigieux (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. **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.

b) 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). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

c) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, il résulte de la définition même de l'accident que 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, autrement dit des

incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents, in Ulrich Meyer [édit.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBRV], Vol. XIV, Soziale Sicherheit – Sécurité sociale, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

d) Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur – modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 ; 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5).

Dans l'hypothèse d'une lésion consécutive à un effort (déplacement ou soulèvement de charges lourdes, par exemple), le caractère extraordinaire de l'effort doit être apprécié au cas par cas, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de la personne concernée (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il y a également lieu de prendre en compte la différence de constitution et de poids entre deux personnes lorsque l'une retient l'autre pour l'empêcher de tomber (TFA U 421/01 du 15 janvier 2003 consid. 3). L'effort est extraordinaire lorsqu'il est manifestement excessif. Tel est le cas, par exemple, si une infirmière se blesse alors qu'elle tente d'empêcher un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant (TFA U 67/93 du

27 septembre 1993 [RAMA 1994 n° U 185 p. 79 ss]) ou lorsqu'une personne en position penchée et pressée par le temps se blesse en déplaçant une charge exceptionnelle (TFA U 109/92 du 10 août 1993 [RAMA 1994 n° U 18 p. 37 ss]). En revanche, le simple transfert d'un patient d'une table d'opération à un lit par un aide-infirmier ne représente pas un effort excessif et ne constitue donc pas un facteur extérieur extraordinaire (ATF 116 V 136 ; pour une casuistique : Perrenoud, op. cit., n° 29 ad art. 4 LPGA ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Soziale Sicherheit*, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 98).

5. a) En l'occurrence, les descriptions de l'évènement litigieux faites par la recourante à l'intimée ont varié. Dans un premier temps, elle a déclaré par l'intermédiaire de son employeur qu'en faisant la toilette de son patient, au moment de l'asseoir dans son lit, elle avait fait un faux mouvement et s'était tordue le genou. Elle a ensuite précisé dans le questionnaire du 6 décembre 2019 que le patient était d'abord couché et qu'au moment de l'aider à s'asseoir, il avait eu un mouvement de recul. Elle avait alors adopté une position pour l'aider au mieux et c'est là qu'elle s'était tordu le genou. L'une et l'autre de ces déclarations ne correspondent pas à la version postérieure selon laquelle le patient lui serait presque tombé dessus. Un tel incident ne ressort en effet pas de la déclaration d'accident ni à aucun endroit du questionnaire, alors qu'elle revient par deux fois sur les circonstances de l'évènement. Le rapport de consultation ambulatoire du 21 novembre 2019 ne mentionne pas plus cette circonstance. Ce n'est en réalité qu'à partir de la procédure d'opposition que la recourante a ajouté que son patient lui serait pratiquement tombé dessus. Elle a soutenu cette version depuis lors. Cette nouvelle version de l'état de fait ne peut cependant pas être tenue pour établie, eu égard notamment à la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations du recourant faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non

le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

On s'en tiendra ainsi à retenir que l'assurée s'est tordu le genou alors qu'elle se repositionnait pour aider son patient qui avait eu un mouvement de recul en essayant de s'asseoir dans son lit.

b) Cela posé, il convient d'examiner si l'événement du 19 novembre 2019 répond à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA et, plus spécifiquement, s'il satisfait à l'exigence légale d'un facteur extérieur extraordinaire, seule disputée par les parties.

Dans ce contexte, il y a tout d'abord lieu de préciser qu'aucun mouvement non programmé (consid. 4d supra) ne peut être retenu sur la base des premières déclarations de la recourante, c'est dès lors uniquement sous l'angle des lésions consécutives à l'effort que la présente affaire doit être appréhendée.

A ce propos, on relève que le seul fait de chercher à retenir un patient pour lui éviter une chute ne revêt pas, selon la jurisprudence, un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident (dans ce sens TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5 ; voir également TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 4). En outre, il est constant que le déplacement d'un patient d'un lit à une chaise fait partie du travail quotidien d'une aide-soignante (TFA U 9/04 du 15 octobre 2004 consid. 5). Le Tribunal fédéral a toutefois admis l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire dans le cas d'une infirmière âgée de 32 ans qui, occupée à transférer un patient très corpulent du lit à un fauteuil roulant, s'était infligé un traumatisme de soulèvement (« *Verhebetauma* ») dans une tentative - réussie grâce à un effort excessif et rapide - d'éviter la chute soudaine du patient qui s'était effondré de manière inattendue (RAMA 1994 n° U 185 p. 79 précité). De même, il a été considéré que l'exigence d'un facteur extérieur extraordinaire était réalisée dans le cas d'une infirmière amenée à fournir un effort violent et improvisé lors du déplacement d'une patiente d'un lit à une chaise, dès lors que ce

déplacement devait impérativement s'effectuer à deux en raison des contraintes induites par l'invalidité de la patiente et que la collègue de l'infirmière avait lâché prise de manière subite, si bien que cette dernière s'était retrouvée seule à supporter toute la charge pour éviter le pire (TFA U 9/04 précité). La Haute Cour a également estimé que la condition du facteur extérieur extraordinaire était remplie dans le cas d'une physiothérapeute-stagiaire de 35 ans (57 kg) travaillant dans une maison de retraite qui, pour éviter la chute soudaine d'un patient (84 kg), n'avait eu d'autre choix que d'intervenir au moyen d'un effort violent et soudain (TFA U 166/04 du 15 avril 2005 consid. 4.2.6 et 4.3).

Le cas particulier se distingue toutefois des affaires ci-dessus évoquées. En effet, la recourante a reconnu que l'événement du 19 novembre 2019 s'était déroulé dans l'exercice d'une activité qui était pour elle habituelle (cf. questionnaire du 6 décembre 2019). En outre, hormis le mouvement de recul du patient, l'intéressée n'a pas allégué que l'intervention auprès de ce dernier se serait déroulée dans des circonstances exceptionnelles ou, à tout le moins, sortant de l'ordinaire.

Ceci étant précisé, il convient de considérer que le mouvement de recul qui a contraint l'assurée à se repositionner pour aider son patient n'était pas imprévisible dans le contexte d'un soutien apporté par une aide-soignante à un patient corpulent qui éprouve des difficultés à s'asseoir seul dans son lit. L'assurée pouvait ainsi raisonnablement s'attendre à ce que son patient soit instable dans son lit, et qu'il faudrait éventuellement intervenir pour l'accompagner dans le mouvement qui consistait à s'asseoir. Il n'y a ainsi pas eu de mouvement violent et soudain à amorcer de la part de l'assurée. A cela s'ajoute que la recourante n'a pas décrit, dans ses premières déclarations - seules à entrer en ligne de compte -, un effort de rattrapage du patient tombant mais uniquement un effort visant plutôt à le retenir alors qu'il retombait en position couchée, ce qui n'implique pas les mêmes forces. Dans ce cadre, il convient de souligner également que rien au dossier ne permet de dire que le patient se serait totalement laissé aller et aurait ainsi reporté tout son poids sur l'assurée. En ce sens, l'effort fourni pour le retenir n'apparaît pas manifestement

excessif pour une aide-soignante et ne permet donc pas d'admettre que le mouvement de recul opéré par le patient constitue un facteur extérieur extraordinaire dans le cas particulier.

La recourante ne peut ainsi pas se fonder sur l'art. 6 al. 1 LAA pour obtenir des prestations de l'assurance-accidents.

6. **a)** Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents 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 elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, *Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung in SZS/RSAS 2017*, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie ; le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703).

b) En l'occurrence, les radiographies effectuées le 22 novembre 2019 ont montré une calcification des ménisques internes des deux côtés, soit une chondrocalcinose. Cette maladie n'est pas listée à l'art. 6 al. 2 LAA. En revanche, l'IRM du 25 novembre 2019 a révélé une déchirure horizontale du ménisque dans son segment latéral et de la corne antérieure ainsi que de discrètes chondropathies. La lésion méniscale est ainsi établie, de sorte qu'il y a bien une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA. L'intimée ne le conteste d'ailleurs pas. Elle

soutient toutefois que cette lésion méniscale est essentiellement d'origine dégénérative, ce qui la libérerait de son obligation de prêter. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur les constatations de son médecin-conseil décrites dans son rapport du 5 août 2020. Pour sa part, la recourante en a contesté la valeur probante et requis un complément d'instruction.

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, 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 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) En l'espèce, le Dr D._____, médecin-conseil de l'intimée, s'est prononcé sur la base d'un dossier complet, puisqu'il a pris connaissance du rapport IRM du 25 novembre 2019, du rapport du radiologue du 21 novembre 2019 ainsi que des rapports de consultation du 21 novembre 2019. Il a sur cette base retenu les diagnostics de déchirure méniscale externe dégénérative et de gonarthrose (cf. rapport du 7 janvier 2020) et conclut que ces lésions étaient dues de manière prépondérante voir exclusive à l'usure ou à une maladie. Il a complété sa position le 5 août 2020 en précisant qu'il existait une dégénérescence centrale de la quasi-totalité du ménisque externe, avec une atteinte de la surface à la jonction du segment intermédiaire/corne postérieure. D'après lui, le segment intermédiaire du ménisque présentait une extrusion, en raison d'un syndrome d'hyperpression chronique du compartiment fémoro-tibial externe, l'hyperpression étant due à l'usure. Le Dr D._____ a maintenu que la déchirure méniscale dont il était question revêtait un caractère dégénératif prépondérant, si ce n'est exclusif.

Aucun élément au dossier ne permet de jeter un doute sérieux sur les conclusions du Dr D._____, lesquelles concordent d'ailleurs avec les avis des radiologues consultés. L'assurée n'a en effet produit aucun

rapport médical qui viendrait contredire le médecin-conseil, étant noté qu'elle n'a pas même communiqué les avis médicaux pourtant annoncés dans le cadre de son opposition du 17 janvier 2020. On ne peut pas non plus déduire des pièces au dossier que le mouvement à l'origine de l'atteinte (torsion interne du genou ou mouvement en valgus) puisse renseigner plus amplement sur la gravité de la dégénérescence constatée.

Les critiques formulées par l'assurée vis-à-vis des rapports établis par le Dr D._____ ne sont ainsi pas de nature à remettre en cause son caractère probant. On soulignera que les questions liées au statu quo sine ou statu quo ante très brièvement développées dans le cadre de son recours sont à cet égard sans pertinence dès lors que l'atteinte au genou litigieuse n'a pas d'origine accidentelle.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée soutient à juste titre, sur la base d'un rapport probant de son médecin-conseil, qu'elle n'est pas tenue de prêter pour la lésion méniscale constatée, dès lors que la preuve libératoire d'une lésion essentiellement d'origine dégénérative a été apportée. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou d'un renvoi pour instruction complémentaire n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition du 13 août 2019 [recte: 13 août 2020] rendue par M. _____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Orion Assurance de Protection Juridique SA (pour F. _____),
- M. _____,
- 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 :