



POUVOIR JUDICIAIRE

A/608/2019

ATAS/100/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 février 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,
WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude
de Maître Patrick MOSER

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 12 juin 2017, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) né le _____ 1966, est entré au service de l'entreprise B_____ Sàrl (ci-après : l'employeuse) en qualité de juriste à mi-temps (21 heures pour 42h/semaine). Il était assuré, à ce titre, auprès d'Axa Assurances SA (ci-après : l'assureur) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Selon la déclaration d'accident établie le 20 mars 2018 par l'employeuse, l'assuré, qui circulait à moto le 26 juin 2017, avait dérapé dans un giratoire en évitant un automobiliste qui lui coupait la route. Touché à la jambe gauche et présentant une lésion au ménisque, son traitement médical avait commencé en septembre 2017 et les premiers soins lui avaient été prodigués par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale.
3. Par pli du 4 décembre 2017 adressé au Dr C_____, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu l'assuré en consultation le 29 septembre 2017 en raison de gonalgies gauches. Celui-ci se plaignait de fortes douleurs depuis plus de trois semaines, sans réelle notion de traumatisme. Cependant, « après coup », il lui avait tout de même fait part d'une chute à moto qui remontait à plus d'un mois, et d'une sensation de blocage. Lors de l'examen clinique, le Dr D_____ avait noté un épanchement intra-articulaire avec choc rotulien, un flexum antalgique et une limitation de flexion. S'y ajoutaient de vives douleurs à la palpation de l'interligne interne et des tests méniscaux positifs. Le diagnostic de déchirure du ménisque interne, posé à la suite de cette consultation, avait été confirmé au moyen d'une IRM du genou gauche réalisée le 5 octobre 2017 par le docteur E_____, radiologue. Aussi, le Dr D_____ a proposé de réaliser une intervention sous arthroscopie fin février 2018, étant donné que l'assuré pratiquait la danse et qu'actuellement, ses plaintes s'étaient largement estompées.

Mentionné dans le rapport du 4 décembre 2017 du Dr D_____, le rapport IRM du 5 octobre 2017 du Dr E_____ concluait à une amputation partielle de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial, associée à deux languettes méniscales (l'une luxée au-dessus de sa corne postérieure et une seconde, petite, dans le récessus tibial médial). S'y ajoutaient un épanchement intra-articulaire et une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial, associée à une fissure horizontale de sa corne postérieure (grade III).

4. Le 27 février 2018, le Dr D_____ a effectué l'intervention évoquée et rapporté, dans le protocole opératoire, qu'il avait pratiqué une méniscectomie de la corne postérieure ainsi qu'une chondroplastie du condyle interne.
5. Dans un rapport médical du 10 avril 2018 à l'assureur, le Dr D_____ a posé le diagnostic de déchirure dégénérative du ménisque interne gauche et mentionné que l'évolution était favorable depuis l'opération effectuée le 27 février 2018. Sous « remarques », il a indiqué qu'il n'y avait aucune notion d'accident le

29 septembre 2017 et que le caractère dégénératif de la lésion du ménisque interne ressortait de l'IRM du 5 octobre 2017. Nulle à partir du 27 février 2018, la capacité de travail était à nouveau entière depuis le 20 mars 2018.

6. Dans un questionnaire complété le 12 avril 2018 à la demande de l'assureur, l'assuré a indiqué qu'aucun rapport de police n'avait été établi à la suite de l'événement du 26 juin 2017. Il s'était engagé dans le giratoire à une vitesse raisonnable, lorsqu'un véhicule non identifié lui avait coupé la route en venant de la droite. Il avait freiné et dérapé avec l'arrière de sa moto – qui était parti en glissade côté droit en produisant des étincelles – et s'était couché sur le flanc gauche. Sur le moment, il avait eu mal à la jambe gauche, mais comme il pouvait marcher, même en boitant, il s'était dit que ça passerait. À ce moment, la voiture qui lui avait coupé la route était déjà loin. Il n'était même pas sûr que son conducteur se fût rendu compte de la chute qu'il avait provoquée. Sa capacité de travail était à nouveau entière depuis le 20 mars 2018. Quant au traitement médical, il avait pris fin le 10 avril 2018.
7. Dans un rapport du 19 juillet 2018, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a considéré qu'on n'était pas en présence d'une entorse du genou mais d'une glissade, avec des contusions au niveau de la jambe. L'IRM effectuée le 2 octobre (recte : 5 octobre) 2017, montrait effectivement une lésion dégénérative du ménisque interne du genou avec d'autres troubles dégénératifs au niveau du genou. Dans le protocole opératoire relatif à l'intervention du 27 février 2018, le Dr D_____ mentionnait une chondropathie du compartiment interne, notamment au niveau du condyle fémoral interne. D'ailleurs, le Dr D_____ mentionnait « dans ses rapports » qu'il s'agissait d'une lésion dégénérative, sans rapport avec le traumatisme de juin 2017. Enfin, tant l'IRM que l'arthroscopie montraient des lésions dégénératives. En conséquence, on pouvait accepter la prise en charge immédiate du traumatisme avec ses contusions, mais avec un statu quo à deux mois du traumatisme.
8. Par décision du 21 août 2018, l'assureur a mis un terme au versement des prestations à compter du 26 août 2017, motif pris que le Dr F_____ ne reconnaissait pas de lien de causalité naturelle entre l'événement du 26 juin 2017 et les troubles de l'assuré.
9. Dans un rapport du 5 septembre 2018 à l'assureur, rédigé suite à une consultation donnée le même jour à l'assuré, le Dr C_____ a indiqué que celui-ci était venu le trouver une première fois le 27 juillet 2017 en raison d'une chute à moto qu'il avait subie le 26 juin 2017. Il lui avait alors expliqué qu'à la suite de cet événement, il souffrait de douleurs au niveau du bras, de la jambe et du genou gauche et que c'était en raison d'une douleur résiduelle au niveau du genou gauche qu'il avait pris rendez-vous. L'examen du 27 juillet 2017 avait révélé une palpation douloureuse de ce genou au niveau médial ainsi qu'une limitation de sa flexion et de son extension. Le Dr C_____ a précisé que l'anamnèse et l'examen du 27 juillet 2017 lui avaient fait suspecter une lésion méniscale, surtout au niveau du ménisque interne gauche,

qui était consécutive à l'accident du 26 juin 2017. C'était pour cette raison qu'il avait adressé l'assuré au Dr D_____. Selon les déclarations tenues par l'assuré lors de la consultation du 5 septembre 2018, les circonstances qui avaient conduit à cette lésion – c'est-à-dire l'accident et la chute à moto – n'avaient pas été retenues immédiatement par le Dr D_____. Cependant, dans son rapport du 4 décembre 2017, ce dernier mentionnait que « [l'assuré] me parle malgré tout d'une chute à moto il y a plus d'un mois, et sensation de blocage ». En guise de conclusion, le Dr C_____ espérait, par ces précisions, avoir « pu éclaircir les circonstances qui [avaient] amené le traumatisme au niveau du genou gauche ».

10. Par pli du 19 septembre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision du 21 août 2018, concluant, sous suite de dépens (CHF 16'775.-), à la prise en charge des frais de l'accident et à la rédaction d'un document établissant l'origine accidentelle de la déchirure. À l'appui de ses conclusions, il a fait valoir en substance que dans la mesure où il avait prouvé avoir fait une chute à moto et été victime d'une déchirure du ménisque, soit un type de lésion engageant la responsabilité de l'assureur-accidents, l'obligation de prêter de celui-ci s'imposait à plus forte raison que le Dr D_____ avait certes mentionné l'origine dégénérative de la lésion mais ne s'était pas prononcé sur le rapport avec le traumatisme du 26 juin 2017. De plus, ce médecin n'avait jamais indiqué que le terme « lésion dégénérative » revêtait une connotation exclusive.
11. Par décision du 15 janvier 2019, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assuré, motif pris que ni le Dr D_____ ni le Dr E_____ ne se prononçaient en faveur d'un rapport de causalité entre la déchirure méniscale et le traumatisme, ces médecins retenant au contraire le caractère dégénératif des lésions objectivées lors de leurs examens respectifs. Dès lors que le Dr F_____, fort des observations effectuées par les deux médecins précités, était parvenu à la conclusion que l'accident avait causé une contusion du genou gauche, sans toutefois être à l'origine des lésions constatées à l'IRM et lors de l'opération du 27 février 2018, il avait été prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions étaient dues à une usure ou une maladie, de sorte que c'était à bon droit que l'assureur avait mis un terme à ses prestations deux mois après la survenance de l'accident.
12. Le 15 février 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant en substance, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge des suites de l'événement du 26 juin 2017 au-delà du terme fixé par l'intimée. À cet égard, il a précisé qu'après une période de convalescence, il ne ressentait plus de douleur au genou gauche.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a fait valoir qu'il avait éprouvé, à la suite de son accident de la route, des douleurs au genou gauche, variables en intensité, alternant entre gêne et douleurs vives, blocages ponctuels et mobilité partiellement retrouvée. S'y ajoutait une difficulté à courir. Par opposition, le genou droit ne

présentait aucune douleur. Le 4 décembre 2017, le Dr D_____ lui avait expliqué oralement la nécessité d'une intervention chirurgicale, car la partie amputée, devenue libre, se déplaçait à l'intérieur du ménisque et, selon son positionnement, causait ou non des douleurs intermittentes ou des blocages méniscaux. Même si, dans son rapport du 10 avril 2018, le Dr D_____ donnait son opinion sur l'origine de la déchirure (« dégénérative »), il était notoire qu'une déchirure méniscale pouvait avoir des causes dégénératives, traumatiques ou mixtes, et que le genou droit, a priori tout aussi dégénératif que le gauche, ne présentait aucun signe de faiblesse, peut-être parce qu'aucune moto ne l'avait écrasé dans une chute.

13. Par réponse du 8 mai 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Étant donné que les avis du Dr F_____ et des médecins traitants concordaient parfaitement et que les observations (IRM, arthroscopie) confirmaient le caractère clairement dégénératif de la lésion méniscale, il n'y avait aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr F_____, d'autant que le recourant n'avait produit aucune pièce qui fût à même de remettre en cause l'opinion du Dr D_____ ou de donner quelque substance à sa propre interprétation du terme « déchirure ». En définitive, le recourant se limitait à exprimer son désaccord, sans pour autant démontrer un lien de causalité entre le sinistre et le dommage dont il se prévalait. Par conséquent, l'appréciation du Dr F_____, sur laquelle se fondait la décision entreprise, n'apparaissait pas critiquable en tant qu'elle fixait le statu quo deux mois après la survenance de l'accident.

Par réplique du 9 juillet 2019, le recourant a soutenu qu'en tant que le Dr D_____ mentionnait, dans son rapport du 4 décembre 2017 au Dr C_____, l'absence de « notion réelle de traumatisme », elle n'avait pas le sens que l'intimée lui donnait. Elle signifiait que le recourant n'avait pas annoncé, au Dr D_____, lors de sa première consultation auprès de ce médecin, le 29 septembre 2017, qu'il avait subi un accident, de sorte que l'anamnèse établie le 29 septembre 2017 était tronquée. L'intimée confondait ainsi l'anamnèse et le diagnostic et détournait la portée de l'expression « sans réelle notion de traumatisme » en faisant d'une notion non évoquée, une notion non existante. Ce n'était que le 4 décembre 2017 que le recourant avait mentionné un traumatisme au Dr D_____ en lui demandant si l'accident pouvait être causal. Pour le reste, le recourant ne contestait pas qu'à l'occasion de son rapport médical intermédiaire du 10 avril 2018, le Dr D_____ avait fait état d'une « déchirure dégénérative du ménisque int. G ». Cependant, ce diagnostic n'était pas argumenté par ce médecin ; il n'y avait ni description de la forme de la déchirure, ni référence à des probabilités médicales documentées (prenant en compte des facteurs tels que l'âge), ni comparaison avec le genou valide, potentiellement également dégénératif mais non accidenté. La formulation de la lettre que le Dr D_____ avait envoyée le 4 décembre 2017 au Dr C_____ (« [...] mais après coup, il me parle malgré tout d'une chute à moto il y a plus d'un mois, et sensation de blocage ») donnait l'impression que le Dr D_____ ne croyait pas à l'existence de cet accident, alors qu'en réalité, ce médecin n'avait pas modifié la qualification administrative de la prise en charge du cas, ce que le recourant

ignorait à cette époque. En effet, le 14 mars 2018, soit après l'opération du 27 février 2018, ce dernier avait contacté l'assistante du Dr D_____ et lui avait demandé si, après l'opération, il était plus clair si la déchirure avait été causée par une maladie ou un accident, car il voulait savoir vers quelle assurance se tourner. En réponse à cette question, le recourant avait reçu, le 14 mars 2018, un courriel de cette assistante (cf. pce M7 recourant), dans lequel cette dernière indiquait, après discussion avec le Dr D_____, que l'opération du 27 février 2018 avait été pratiquée avec les garanties données par la caisse-maladie et qu'il était impossible de revenir en arrière après coup : « Effectivement, lors de votre première consultation, il avait noté pas de notion de traumatisme. Après plusieurs consultations et une intervention, nous ne pouvons pas revenir en arrière ». Étant donné qu'il avait été surpris par cette réponse – car la notion de traumatisme avait été annoncée bien avant l'opération – et n'avait pas saisi en quoi des questions de « confort administratif » pouvaient décider s'il s'agissait d'une maladie ou d'un accident, le recourant avait décidé, en conséquence, « de faire une demande » le 12 avril 2018 auprès de l'intimée.

Lors de la consultation du 10 avril 2018, le Dr D_____ – après avoir réalisé que le recourant avait envoyé une déclaration de sinistre à l'intimée pour faire valoir ses droits – a répété au recourant que c'était « impossible » et « trop tard ». Puis, le ton étant monté, le recourant n'avait pas cru bon de poursuivre la discussion qui « avait atteint un point de non-retour dans l'insulte et la perte de contrôle de ce praticien », ce dernier allant jusqu'à affirmer : « à cause de vous je dois faire du travail de singe [...] cela me dégoûte de soigner des gens comme vous ». C'était dans cet état d'esprit que le Dr D_____ avait ajouté, dans son rapport du 10 avril 2018, le qualificatif « dégénérative » en incise, c'est-à-dire au-dessus et en biais de la ligne du questionnaire médical sur laquelle ce praticien avait d'abord écrit de sa main : « Déchirure ménisque int. G ». À la lumière de ces éléments, le recourant a sollicité l'audition du Dr D_____, estimant qu'il y avait assez d'indices montrant que son rapport du 10 avril 2018 devait être interprété non comme une déclaration médicale impartiale mais comme un mouvement d'humeur.

Pour sa part, le Dr F_____, avait repris à son actif les deux mots (« déchirure dégénérative ») du Dr D_____ et fait dire à ce rapport du 10 avril 2018 que la lésion n'avait pas de rapport avec le traumatisme, alors que dans son rapport du 29 septembre 2017, le Dr D_____ s'était contenté de dire que la notion de traumatisme n'avait pas été évoquée dans l'anamnèse qu'il avait rédigée le jour-même. De plus, le rapport du Dr F_____ avait été établi sans auditionner le recourant, ni le Dr C_____, qui était le seul médecin en mesure de témoigner de l'état des genoux après l'accident. D'autres faiblesses caractérisaient le rapport du Dr F_____ : il ne mentionnait à aucun moment la déchirure, pourtant constatée dans le rapport IRM du 5 octobre 2017 et le compte-rendu opératoire du 27 février 2018, ne donnait aucune estimation chiffrée de la vitesse de la moto, ni de son poids (notions essentielles pour déterminer l'énergie dégagee par le choc), n'examinait

pas le fait que la dégénérescence des genoux était de nature à expliquer qu'un choc, « même moindre », puisse avoir un impact plus dévastateur. Enfin, le rapport du Dr F_____ n'examinait que l'aspect dégénératif, sans examiner l'hypothèse de l'accident et sans expliquer pourquoi il la rejetait. Or, les cas de déchirure, où des éléments d'accident et de maladie coexistaient, étaient classiques, ce dont pouvait témoigner le Dr C_____ qui, dans son rapport du 5 septembre 2018, indiquait qu'il existait un lien de causalité entre la chute à moto et la lésion méniscale.

14. Par duplique du 8 août 2019, l'intimée a soutenu que les critiques du recourant se limitaient à l'expression de son désaccord avec la décision litigieuse – sans qu'il soit en mesure de démontrer un lien de causalité entre le sinistre du 26 juin 2017 et le dommage dont il se prévalait –, à une lecture personnelle des pièces du dossier et à des propositions d'interprétation de l'esprit des textes légaux, cas échéant à une remise en question parfaitement infondée de la probité de l'intimée ainsi que des médecins qui avaient exprimé une opinion contraire à son propre diagnostic médical. Le dossier étant complet, il n'y avait pas lieu d'en compléter l'instruction ni d'ordonner une expertise.
15. Le 9 août 2019, la chambre de céans a transmis une copie de cette écriture au recourant tout en l'invitant à faire part de ses éventuelles observations.
16. Par pli du 16 août 2019 à la chambre de céans, le recourant a renoncé à de plus amples développements et renvoyé aux faits et offres de preuve par témoins mentionnés dans ses précédentes écritures.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2017, la modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur.

Dans la mesure où l'accident considéré est survenu après le 1^{er} janvier 2017, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le point de savoir si les suites des atteintes que le recourant a subies au genou gauche (en particulier l'intervention chirurgicale du 27 février 2018), ainsi que l'incapacité de travail du 27 février 2018 au 19 mars 2018, doivent être prises en charge par l'intimée au-delà du 26 août 2017, singulièrement si la déchirure méniscale du genou gauche dont a souffert le recourant est attribuable de manière prépondérante à un état dégénératif.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement 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 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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 ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). 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.

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

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

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

8. a. La doctrine relève que selon la lettre de la nouvelle disposition, ce n'est pas uniquement l'exigence d'un facteur extérieur qui disparaît, mais également celle liée à l'existence des autres éléments constitutifs de l'accident. Il y aurait ainsi obligation de prêter de l'assureur-accident chaque fois qu'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, et ce même si l'assuré ne cite aucun événement auquel la lésion pourrait être imputée ou à la suite duquel elle serait

apparue. Savoir s'il s'agit vraiment là de l'intention du législateur est peu clair. Une telle solution apparaîtrait certainement en contradiction avec la possibilité de l'assureur de se libérer de prêter. La présomption légale de droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste ne peut en effet être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle « n'est pas due » (ndr. recte : est due) de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Si la survenance d'un événement en tant que condition du droit aux prestations n'est plus exigée, il y a lieu de se demander en comparaison de quelle autre cause l'atteinte doit être imputée de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En d'autres termes, si aucune autre cause de la lésion n'est avancée, l'usure ou la maladie apparaîtront prépondérantes dans la plupart des cas. Cette question devra être clarifiée par la jurisprudence (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, RSAS 2017 p. 32-33)

b/aa. Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a précisé qu'il résulte de l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA que l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Dans ce contexte, l'existence même d'une lésion corporelle visée à l'art. 6 al. 2 let. a-h LAA conduit désormais à la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Cependant, il découle de la possibilité aménagée par l'art. 6 al. 2 LAA de rapporter la contre-preuve (« pour autant [que les lésions mentionnées aux let. a-h] ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie ») qu'il reste nécessaire de distinguer la lésion corporelle assimilée à un accident, qui est à la charge de l'assureur-accidents, d'une lésion due à l'usure et à la maladie, qui est du ressort de l'assureur-maladie. À cet égard, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable demeure pertinente même après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles), mais cela ne change rien au fait qu'en présence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents est en principe tenu de prêter, à moins de prouver que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPG), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion relevant de ladite liste. Si aucun événement initial ne peut être établi, ou seulement un événement tout à fait bénin ou anodin, cela simplifie de toute évidence la preuve libératoire de l'assureur-accidents. C'est en premier lieu aux médecins spécialisés qu'il incombe de procéder à la délimitation litigieuse en prenant en compte l'ensemble du spectre des causes à l'origine de la lésion corporelle en cause. Il convient ainsi de faire la lumière non seulement sur l'état antérieur, mais aussi sur les circonstances dans lesquelles les plaintes sont apparues pour la première fois

(par exemple, un bilan traumatologique du genou [« Knietrauma-check »] constitue une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou ; cf. BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base d'évaluations médicales concluantes, que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50 % de tous les facteurs en cause (cf. ATAS/747/2019 du 22 août 2019 consid. 17d). Si le spectre des causes se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve libératoire et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.6). Il s'ensuit qu'à réception de l'annonce d'une lésion relevant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, il incombe à l'assureur-accidents d'en établir les circonstances exactes. Lorsqu'une telle lésion est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGa, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer ses prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate, c'est-à-dire lorsque l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident. Lorsqu'en revanche, l'ensemble des critères de la notion d'accident (art. 4 LPGa) ne sont pas réalisés, l'assureur-accidents doit en principe fournir ses prestations pour la lésion tombant sous l'art. 6 al. 2 LAA – dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 –, à moins de prouver que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (même arrêt, consid. 9.1).

b/bb. Dans l'arrêt 8C_22/2019 précité, qui concernait un employé âgé de 62-63 ans, dont le genou droit avait heurté une plateforme de levage, l'assureur-accidents avait reconnu la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et pris en charge les prestations de soins consécutives à cet événement jusqu'à la disparition des troubles (et la fin provisoire du traitement) environ un mois plus tard. Suite à l'apparition de nouvelles douleurs au genou droit environ six mois après la fin (provisoire) du traitement, l'assureur-accidents avait refusé de nouvelles prestations, motif pris que son médecin d'arrondissement avait estimé qu'une contusion guérissait dans un intervalle de six à douze semaines et qu'ainsi, la persistance des plaintes au-delà de ce laps de temps n'était pas due, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident considéré. En l'espèce, le Tribunal fédéral a estimé que l'accident avait causé uniquement une contusion du genou, à l'origine d'une aggravation passagère d'un état dégénératif préexistant. En d'autres termes, l'assureur-accidents avait rapporté la preuve que l'accident ne constituait pas la cause – ne serait-ce que partielle – de la déchirure méniscale qui avait été objectivée sept jours après l'accident au moyen d'une IRM. Par ce biais, l'assureur avait également rapporté la preuve que cette lésion, qui était comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, était due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie, dans la mesure où rien n'indiquait qu'il y avait eu, après l'accident, un autre événement initial qui aurait pu entrer en considération pour expliquer la lésion

(consid. 9.2). En résumé, la déchirure du ménisque litigieuse n'était pas due à l'accident. Et en l'absence d'indice en faveur d'un événement initial postérieur à cet accident, il n'était pas nécessaire d'examiner le cas à la lumière de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2017 (consid. 10).

b/cc. Dans un arrêt 8C_267/2019 du 30 octobre 2019, qui concernait des douleurs au genou survenues en novembre 2017 au cours de la pratique d'un sport par une assurée (saut effectué pour attraper un ballon et douleurs au genou gauche apparues après la perception d'un craquement lors de la réception sur la jambe gauche), à propos desquelles le médecin d'arrondissement – et à sa suite l'assureur – avait estimé qu'elles ne découlaient pas d'un accident et n'engageaient pas la responsabilité de l'assureur-accidents sur la base de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, en raison d'un état dégénératif qui s'était développé suite au traitement d'un accident survenu en 2013 (faiblesse de la plastie du ligament croisé antérieur et résection partielle du ménisque pratiquée après ce premier événement), le Tribunal fédéral n'en pas moins considéré que l'événement survenu en novembre 2017, envisagé en tant que cause potentielle de l'atteinte à la santé, n'était pas tout à fait bénin et que même si le médecin d'arrondissement tirait argument de l'état dégénératif précité, il s'était toutefois abstenu de se prononcer sur un rapport du médecin traitant de l'assurée, dans lequel ce praticien faisait part de son incompréhension au sujet du caractère dégénératif retenu et soulignait que sa patiente n'avait connu aucun trouble avant l'événement de novembre 2017, de sorte que les lésions méniscales en cause étaient certainement dues à un accident et nécessitaient un réexamen du cas. Selon le Tribunal fédéral, il n'était pas possible de se fonder sur le seul rapport du médecin traitant de l'assurée, d'autant que celui-ci reposait sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc ». Indépendamment de cet aspect, les rapports des médecins traitants devaient être appréciés avec réserve, compte tenu de la relation de confiance qui les lie au patient et les pousse, dans le doute, à prendre position en faveur de ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). En revanche, ce rapport du médecin traitant de l'assurée éveillait à tout le moins de légers doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'assureur, selon laquelle la déchirure du ménisque procédait d'un état dégénératif postérieur à un accident survenu en 2013. Par conséquent, il n'était pas non plus possible non plus de se fonder sur le rapport du médecin de l'assureur (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1). En conclusion, le dossier ne comportait pas de rapport médical revêtant force probante et qui aurait permis une appréciation définitive du cas. Par ailleurs, on ne pouvait pas considérer, par appréciation anticipée des preuves, qu'en ordonnant d'autres mesures d'instruction médicale, il n'y avait pas lieu d'en attendre de nouvelles conclusions pertinentes pour la résolution du cas (ATF 136 I 229 consid. 5.3). Dans ces circonstances, la présomption légale, selon laquelle il revient à l'assureur-accidents de prendre en charge une lésion corporelle assimilée à un accident ne s'appliquait pas (encore) et il incombait à l'assureur, en application du principe inquisitoire (art. 43 LPG), de

mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA puis de rendre une nouvelle décision.

9. En vertu de l'art. 36 al. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
10. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
11. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
14. En l'espèce, la décision litigieuse considère que la persistance des troubles au-delà du 26 août 2017 ne serait pas en relation de causalité avec l'accident de circulation du 26 juin 2017, lors duquel le recourant s'est fait couper la route en moto par une voiture et s'est couché sur le côté gauche. À l'appui de sa décision, l'intimée se fonde sur le rapport du 19 juillet 2018 de son médecin-conseil, le Dr F_____. Aussi convient-il d'en examiner la valeur probante.

Dans son rapport, le Dr F_____ se réfère à l'accident de moto, tel qu'il ressort de la déclaration de sinistre du 20 mars 2018 relevant qu'il ne s'agissait pas d'une entorse au genou mais plutôt d'une contusion au niveau de la jambe. Il met ensuite en exergue les lésions dégénératives relatées par les Drs D_____ et E_____, pour

conclure qu'il y aurait lieu d'accepter la prise en charge du traumatisme avec ses contusions, mais avec un statu quo à deux mois du traumatisme.

Cette appréciation n'emporte pas la conviction pour plusieurs raisons. Le diagnostic de simple contusion ne ressort en effet d'aucun document médical versé au dossier. Les médecins traitants ayant examiné l'assuré mentionnent l'existence d'une déchirure du ménisque (cf. courrier du 4 décembre 2017 et rapport médical intermédiaire du 10 avril 2018 du Dr D_____) ou lésion méniscale interne (rapport du Dr C____ du 5 septembre 2018). L'IRM réalisée le 5 octobre 2017 a par ailleurs relevé l'existence d'une amputation partielle de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial et une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial. Ensuite, s'il est vrai que le médecin ayant réalisé l'IRM du 5 octobre 2017 évoque bien la présence d'une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial, associée à une fissure horizontale de sa corne postérieure (grade III), il ne se prononce pas sur les causes des autres troubles qu'il diagnostique, à savoir l'amputation partielle de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial ainsi que l'épanchement intra-articulaire. Quant à l'origine dégénérative de la lésion méniscale évoquée par le Dr D_____ dans son rapport du 10 avril 2018, elle n'est étayée par aucune motivation. On peut par ailleurs questionner les raisons ayant conduit le Dr D_____ à parler de déchirure « dégénérative », compte tenu du contexte dans lequel ce terme a été employé pour la première fois (cf. courriel de son assistante du 14 mars 2018, supra EN FAIT consid. 13). Il appert ainsi que le dossier sur lequel s'est fondé le Dr F_____ ne contient aucune pièce médicale motivée sur l'origine dégénérative de la déchirure.

Enfin, le médecin-conseil de l'intimée – qui n'a ni examiné ni posé de questions au recourant, ni pris contact avec ses médecins – ne prend pas du tout position au sujet du rapport du 5 septembre 2018, dans lequel le Dr C_____ mentionne « les circonstances qui ont amené cette lésion, c'est-à-dire l'accident et la chute à moto ». S'il est vrai que les affirmations du Dr C_____ semblent se fonder uniquement sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », insuffisant à établir un lien de causalité naturelle avec l'événement du 26 juin 2017 (cf. ci-dessus : consid. 6), il n'en demeure pas moins que le Dr C_____ est le premier médecin à avoir examiné le recourant après cet événement, soit le 27 juillet 2017, et qu'à cette occasion, le recourant a fait état de douleurs résiduelles au genou gauche. Or, à ce niveau-là, le médecin a constaté une palpation douloureuse ainsi qu'une limitation de la flexion et de l'extension du genou gauche, faisant suspecter une lésion méniscale, surtout au niveau du ménisque interne gauche suite à l'accident du 26 juin 2017. L'existence de cette lésion a ensuite été confirmée par l'IRM du 5 octobre 2017.

Il s'ensuit que le rapport du Dr C_____ éveille à des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, de sorte que la chambre de céans ne saurait se fonder sur son rapport du 19 juillet 2018, pas plus

que sur ceux des 10 avril 2018 et 5 septembre 2018 des Dr D_____, respectivement C_____, vu leur absence de motivation sur l'origine de l'atteinte subie par l'assuré.

Au vu du doute qui entoure les suites provoquées par l'événement du 26 juin 2017 (simple contusion vs conséquences plus délétères pour le genou gauche), la présomption légale de l'art. 6 al. 2 LAA, selon laquelle il revient à l'assureur-accidents de prendre en charge une lésion corporelle assimilée à un accident ne s'applique pas (encore). Par conséquent, il incombera à l'intimée, conformément au principe inquisitoire (art. 43 LPGA), de recourir aux services d'un expert indépendant en application de l'art. 44 LPGA.

15. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 15 janvier 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
16. Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c).
17. Bien qu'il obtienne gain de cause, le recourant, non représenté et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a en principe pas droit à des dépens et ne remplit pas non plus les critères permettant qu'il soit dérogé à cette règle ; on ne saurait considérer, en l'espèce, que l'importance de la cause et sa complexité aient rendu nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts (ATF 127 V 205 consid. 5b ; cf. ég. ATF 125 II 518 et Jean MÉTRAL, *in* Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales n. 103 ad art. 61 LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 15 janvier 2019 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Dit que le recourant n'a pas droit à des dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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