RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/194/2022 **ATAS/909/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 octobre 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, 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; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est né le _____ 1966 et est de nationalité suisse.

b. Le 12 juin 2017, l'assuré est entré au service de l'entreprise B_____ Sàrl (aujourd'hui C_____ Sàrl) en qualité de juriste à mi-temps (21 heures hebdomadaires). À ce titre, il était assuré auprès d'Axa Assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

B. **a.** En date du 26 juin 2017, alors qu'il circulait à moto à vitesse réduite, l'assuré a dérapé dans un giratoire en évitant un automobiliste qui lui coupait la route. Il est tombé sur le flanc gauche. Après s'être relevé, et malgré des douleurs dans la jambe gauche, il a pu rentrer chez lui.

b. Le 27 juillet 2017, l'assuré a consulté son médecin traitant, à savoir le docteur D_____, médecin généraliste, en raison de douleurs au niveau du genou gauche, dont la flexion et l'extension étaient en outre limitées. Suspectant une lésion des ménisques, le Dr D_____ a envoyé l'assuré chez le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

c. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) a été réalisée par le docteur F_____, radiologue, en date du 5 octobre 2017. Celui-ci a diagnostiqué plusieurs lésions du ménisque médial du genou gauche, soit 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) et une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial, associée à une fissure horizontale de sa corne postérieure (grade III), ainsi qu'un épanchement intra-articulaire.

d. Dans un rapport daté du 4 décembre 2017, le Dr E_____ a relevé une déchirure du ménisque interne, au vu des résultats de l'IRM du 5 octobre 2017, et a proposé à l'assuré une opération chirurgicale (arthroscopie du genou). Cette opération était planifiée pour la fin février 2018, dès lors que l'assuré devait dans l'intervalle utiliser sa jambe lors de spectacles de danse et que ses plaintes s'étaient estompées.

e. Le 27 février 2018, le Dr E_____ a effectué l'intervention chirurgicale susmentionnée. Dans le protocole opératoire, il rapporte avoir réalisé une méniscectomie de la corne postérieure ainsi qu'une chondroplastie du condyle interne.

f. L'assuré a été en arrêt de travail complet du 27 février au 19 mars 2018 inclus. Après quoi, il a été de nouveau entièrement capable de travailler.

C. **a.** L'employeur de l'assuré a annoncé le cas à l'assurance par formulaire daté du 12 avril 2018.

b. Dans un avis daté du 19 juillet 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a considéré que le statut quo s'agissant de la santé de l'assuré avait été atteint deux mois après l'évènement du 26 juin 2017.

c. Par décision du 21 août 2018, l'assureur a mis un terme à la couverture du cas d'assurance à compter du 26 août 2017.

d. En date du 19 septembre 2018, l'assuré a formé opposition à cette décision, en concluant notamment à la prise en charge de ses frais médicaux et à la rédaction d'un document établissant l'origine accidentelle de sa déchirure méniscale.

e. Par décision sur opposition datée du 15 janvier 2019, l'assureur a maintenu sa décision initiale.

f. Le 15 février 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, 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.

g. Par arrêt ATAS/100/2020 du 11 février 2020, la chambre de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise indépendante, et nouvelle décision.

h. Le recours interjeté par l'assuré au Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable (arrêt 8C_217/2020 du 29 avril 2020).

D. **a.** Par courrier du 26 mai 2020, l'assurance a informé l'assuré de son intention de diligenter un examen médical et de confier le mandat au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

b. L'assuré ayant contesté le choix du Dr H_____, l'assurance a rendu une décision incidente par laquelle elle a rejeté la demande de récusation. Sur recours, cette décision a été confirmée par la chambre de céans (ATAS/1182/2020 du 1er décembre 2020).

c. Dans un rapport daté du 14 décembre 2020, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré, a relevé que tout symptôme en lien avec les atteintes à son genou gauche avait disparu. S'agissant du lien de causalité entre l'évènement du 26 juin 2017 et l'atteinte méniscale, il n'était « pas exclu ». Le lien de causalité entre les douleurs du genou et cet évènement était quant à lui « vraisemblable ». Un lien de causalité avec les lésions dégénératives apparues sur l'IRM du 5 octobre 2017 était en revanche exclu.

d. Dans son rapport d'expertise du 1er avril 2021, le Dr H_____ a diagnostiqué les atteintes suivantes : contusion de la jambe, du genou et du coude gauche ;

gonarthrose fémoro-tibiale interne stade II au genou gauche, et probablement gonarthrose fémoro-patellaire débutante également au genou gauche ; gonarthrose fémoro-tibiale interne stade II au genou droit ; atteinte aux ménisques du genou gauche, trouble entretemps résolu par voie opératoire. Selon le Dr H_____, l'existence d'une relation causale entre l'évènement du 26 juin 2017 et les atteintes méniscales diagnostiquées chez l'assuré était possible, mais pas probable. Les effets de l'évènement sur 26 juin 2017 avaient donc disparu au maximum trois mois après celui-ci.

e. Par décision du 14 juillet 2021, l'assurance a rejeté la prise en charge des suites médicales de l'évènement du 26 juin 2017 pour la période postérieure au 26 septembre 2017.

E. **a.** L'assuré a fait opposition à la décision du 14 juillet 2021 par courrier motivé du 14 septembre 2021.

b. Dans un rapport du 27 octobre 2021, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré, a jugé vraisemblable que les atteintes méniscales au genou gauche de l'assuré résultent de l'évènement du 26 juin 2017. Pour parvenir à cette conclusion, il s'est basé sur l'existence de douleurs au genou gauche immédiatement après la chute de l'assuré et sur la nature des lésions, qui n'auraient pas été asymptomatiques avant l'évènement du 26 juin 2017 si elles avaient existé antérieurement à celui-ci.

c. Dans un courrier daté du 17 novembre 2021, le Dr J_____ a précisé que les deux genoux du recourant souffraient de troubles de nature dégénérative mais que la déchirure méniscale du genou gauche, qui pouvait être douloureuse uniquement dans certaines positions, avait quant à elle été causée par un traumatisme.

d. Par décision sur opposition du 24 novembre 2021, l'assurance a maintenu la décision du 14 juillet 2021. En substance, elle s'est basée sur les conclusions de l'expertise du Dr H_____ pour considérer qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'évènement du 26 juin 2017, dont elle reconnaissait la nature accidentelle, et les atteintes au genou gauche de l'assuré postérieures au 26 septembre 2017, et en particulier sa déchirure du ménisque interne.

F. **a.** Par acte du 18 janvier 2022, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre la décision sur opposition du 24 novembre 2021 en concluant à la prise en charge par l'assurance des frais résultant de l'évènement accidentel du 26 juin 2017, sous suite de dépens incluant en particulier ses frais d'expertise.

En substance, le recourant se plaint d'une application incorrecte des normes touchant à la couverture des lésions corporelles assimilées à un accident.

b. L'intimée a répondu par mémoire du 21 mars 2022 en concluant au rejet du recours.

c. Le recourant a répliqué en date du 30 mai 2022 et l'intimée a dupliqué le 17 juin 2022.

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).

Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours.

L'assuré étant domicilié dans le canton de Genève, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans le délai de recours de trente jours suspendu entre le 18 décembre 2021 et le 2 janvier 2022 (cf. art 60 et 38 al. 4 LPGA) et dans les formes prévues par la loi (cf. art 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur la couverture par l'intimée des troubles au genou gauche du recourant pour la période postérieure au 26 septembre 2017. Plus spécifiquement, les parties sont en désaccord sur la couverture au titre de la LAA des suites des atteintes au genou gauche subies par le recourant.

3.1 Selon ce dernier, l'intimée n'a pas appliqué correctement l'art. 6 al. 2 LAA. D'une part, la jurisprudence fédérale relative à cet article ne correspond pas à la volonté du législateur fédéral. La chambre de céans doit donc procéder à un changement de jurisprudence vis-à-vis en particulier de l'ATF 146 V 51. D'autre part, le rapport du Dr H_____ n'est pas concluant, dès lors notamment qu'il ne procède pas à une comparaison de l'état de santé du recourant avant et après l'évènement accidentel du 26 juin 2017. Il convient donc de se fonder sur les autres éléments médicaux présents au dossier, et notamment sur l'expertise du Dr J_____. Or, celui-ci retient l'existence d'une causalité naturelle entre la déchirure du ménisque interne gauche du recourant et l'évènement susmentionné.

3.2 Selon l'intimée, les avis scientifiques quant à l'origine de la déchirure du ménisque interne gauche du recourant convergent pour retenir une cause dégénérative à tout le moins prépondérante. C'est en particulier l'opinion de l'expert H_____. La seule opinion médicale contraire est celle du Dr J_____, laquelle a une force probante inférieure vu qu'elle a été requise par le recourant. En outre, ce médecin se contredit et procède à un raisonnement « *post hoc ergo*

propter hoc » (inférence d'une cause de la simple succession temporelle d'évènements), ce qui n'est pas suffisant pour statuer sur le caractère hautement vraisemblable d'une hypothèse factuelle.

4. Les risques couverts par la LAA sont en particulier la survenance d'une atteinte à la santé issue d'un évènement accidentel (atteinte dite « accident » au sens de l'art. 4 LPGA) selon l'art. 6 al. 1 LAA, et les atteintes à la santé assimilées à un accident selon l'art. 6 al. 2 LAA.

Les conditions d'application de ces deux normes sont distinctes et doivent donc être examinées séparément pour déterminer si un trouble à la santé est couvert par la LAA (ATF 146 V 51 consid. 8.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_630/2020 du 28 janvier 2021 consid. 3.2 ; 8C_507/2020 du 15 décembre 2020 consid. 3.2 ; 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 3.2). Lorsque l'assureur-accidents admet l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, le Tribunal fédéral a admis que l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1 ; 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.1 ; 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1 ; 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2).

4.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel.

4.1.1 Pour être couvert par l'art. 6 al. 1 LAA, un trouble à la santé doit ainsi avoir été causé par un évènement accidentel en ce sens qu'il doit exister entre ce dernier et le trouble une relation de causalité naturelle et adéquate (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.2). Il existe un lien de causalité naturelle entre un évènement et une situation de fait, si la seconde n'existerait pas en l'absence du premier (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 142 V 435 consid. 1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 115 V 133 consid. 3). Une causalité adéquate entre un évènement et un résultat existe si ledit évènement paraît propre à causer ladite atteinte au vu du cours ordinaire des choses et de l'expérience générale de la vie, en ce sens que le résultat en question apparaît comme généralement favorisé par la survenance de cette cause (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 125 V 456 consid. 5c). En présence d'un trouble organique à la santé, la question de la causalité adéquate se recoupe presque complètement avec celle de la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; ATF 138 V 248 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

4.1.2 Selon l'art. 36 al. 1 LAA, les remboursements de frais, les prestations pour soins, 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.

Il découle donc tant de cette norme de l'art. 6 al. 1 LAA, que le seul fait qu'un trouble à la santé soit favorisé par un état maladif préexistant n'empêche pas sa prise en charge au titre de la LAA pour autant qu'il ait également été causé (naturellement et adéquatement) par un évènement accidentel (ATF 142 V 435 consid. 2 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.2 ; 8C_412/2018 du 26 février 2019 consid. 3.1). Même si un trouble à la santé serait survenu chez un assuré un jour ou l'autre, le fait qu'il soit déclenché par un évènement accidentel entraine sa prise en charge sauf si la survenance de ce trouble à ce moment ne constitue qu'une réalisation aléatoire d'une apparition qui aurait pu se produire n'importe quand ; dans un tel cas le lien de causalité entre l'évènement accidentel et la survenance du trouble à la santé est en effet si ténu qu'une prise en charge au titre de la LAA doit être exclue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_287/2020 du 27 avril 2021 consid. 3.1 ; 8C_669/2019 du 25 mars 2020 consid. 4.1 et 4.2 ; 8C_337/2016 du 7 juillet 2016 consid. 4.1.1 et 4.1.2). Cette question doit être tranchée en premier lieu sur la base des informations des experts médicaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_287/2020 du 27 avril 2021 consid. 3.1).

4.1.3 L'existence ou non de la causalité naturelle entre une atteinte et un évènement est une question de fait qui s'établit avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 115 V 133 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un évènement accidentel ne suffit en tant que tel pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement dit "*post hoc, ergo propter hoc*") (arrêts du Tribunal fédéral 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 5.2.2; 8C_387/2021 du 2 août 2021 consid. 4.2.2 ; 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). Cependant, dans des arrêts récents, le Tribunal fédéral a précisé qu'on ne saurait dénier toute force probante à une corrélation temporelle entre des évènements si d'autres éléments médicalement déterminants la corroborent (arrêts du Tribunal fédéral 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 5.2.2 ; 8C_348/2020 du 7 juin 2021 consid. 4.3).

4.1.4 Le fait que la procédure administrative sociale soit soumise à la maxime inquisitoire ne libère pas les parties du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 138 V 218 consid. 6 ; ATF 115 V 133 consid. 8a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.4). En conséquence, l'assuré supporte le fardeau de l'existence d'une causalité naturelle entre un évènement accidentel et un trouble à sa santé (en ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). En revanche, le fardeau de la preuve de l'interruption, respectivement de la fin d'une causalité établie entre un évènement couvert par la LAA et une atteinte à la santé, repose sur l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.2).

4.2 Selon l'art. 6 al. 2 let. c LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées pour des déchirures d'un ménisque pour autant que celles-ci ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

4.2.1 Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 146 V 51), lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid 8.6). En effet, contrairement à ce qui prévalait en matière de lésions corporelles assimilées à un accident sous l'empire de l'ancien droit, l'octroi de prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017) ne suppose plus que les conditions constitutives de la notion d'accident (cf. art. 4 LPGA) soient réalisées à la seule exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure (ATF 146 V 51 consid. 7.5). Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA entraîne la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents ; celui-ci est dès lors 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). Cette jurisprudence a régulièrement été reprise par le Tribunal fédéral depuis lors (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.3 ; 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 2.3 ; 8C_630/2020 du 28 janvier 2021 consid. 3.2). Elle est également régulièrement appliquée par la chambre de céans (cf. ATAS/747/2022 du 30 août 2022 consid. 7.2 ; ATAS/582/2022 du 24 juin 2022 consid. 7.2).

4.2.2 Le fait qu'une atteinte à la santé soit due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie doit être établi avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 51 consid 8.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.3).

5. Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

5.1 Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapport médicaux, le principe général restant l'appréciation libre de ceux-ci par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu sur le contenu de celui-ci, à savoir s'il est complet (au regard du /des trouble(s) médical/aux potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) auquel il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ;

ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

5.2 Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, ou réalisée par un médecin sur demande de l'assuré (« expertise » de partie).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Lorsqu'une décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, soit de ne pas se contenter de se reposer sur cette opinion interne à l'assurance (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 4.4).

5.3 Le fait qu'un expert, médecin indépendant, soit régulièrement mandaté par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure à son manque d'objectivité (ATF 148 V 225 consid. 3.5 ; ATF 137 V 210 consid. 1.3.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.3).

6. En l'espèce, seule est débattue la couverture de l'atteinte subie par le recourant à son ménisque interne gauche. Les parties ne discutent en particulier pas que la gonarthrose dont il souffre tant à son genou gauche qu'à son genou droit n'est pas d'origine traumatique mais dégénérative.

Il n'est pas non plus contesté que l'on est en présence d'un évènement accidentel, soit la chute à moto du recourant du 26 juin 2017. Il reste en revanche à examiner si l'atteinte à la santé subie par l'intéressé doit être catégorisée comme un accident

au sens de l'art. 4 LPGA en lien avec l'art. 6 al. 1 LAA, soit si cette atteinte résulte de l'évènement accidentel susmentionné et est donc couverte au titre de cette dernière norme. S'il s'avérait que tel n'est pas le cas, il conviendrait ensuite d'analyser si le sinistre doit néanmoins être couvert par l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA.

6.1 S'agissant de l'existence d'un lien de causalité entre l'évènement du 26 juin 2017 et la déchirure méniscale, le rapport du Dr I_____ considère que la cause accidentelle est vraisemblable s'agissant des douleurs au genou gauche subies par le recourant. S'agissant en revanche du lien de causalité entre l'évènement du 26 juin 2017 et la déchirure méniscale, il a en revanche uniquement relevé qu'il ne pouvait pas être exclu. Le Dr H_____ a quant à lui relevé que la relation de causalité naturelle entre l'évènement survenu le 26 juin 2017 et la lésion méniscale interne du genou gauche était possible, mais pas probable. En ce qui concerne enfin le Dr J_____, il a conclu que l'existence d'une cause dégénérative était peu probable, et en a inféré que l'hypothèse d'une cause traumatique apparaissait « juste » (cf. rapport du 27 octobre 2021 du Dr J_____, p. 11).

L'opinion du Dr J_____ se fonde avant tout sur une comparaison de l'état de santé du recourant avant le 26 juin 2017 et lors de la réalisation de son IRM le 5 octobre 2017. Comme le souligne le recourant et comme l'a précisé la jurisprudence récente, un tel raisonnement n'est pas en soi dénué de tout caractère probant. Force est toutefois de constater que le raisonnement du Dr J_____ se fonde exclusivement sur les déclarations du recourant pour la période allant jusqu'à l'IRM du 5 octobre 2017. Or, la déchirure méniscale pourrait très bien être survenue avant l'évènement accidentel du 26 juin 2017, ou après jusqu'au 5 octobre 2017. En effet, il ressort des pièces au dossier que les symptômes de la déchirure méniscale n'étaient pas assez intenses pour handicaper le recourant dans sa vie quotidienne, y compris dans son activité de danse, ou l'amener à consulter un médecin à bref délai. Le Dr J_____ précise d'ailleurs dans son courrier complémentaire du 17 novembre 2021 qu'il se peut que la déchirure méniscale subie par le recourant ne soit douloureuse que dans certaines positions. L'hypothèse selon laquelle le recourant n'aurait pas porté grande attention à des symptômes d'une déchirure qui serait survenue avant le 26 juin 2017 ne peut donc être considérée comme insignifiante. Il en va de même pour l'hypothèse selon laquelle les douleurs à la jambe gauche de l'assuré résulteraient uniquement des contusions causées par sa chute, la déchirure au ménisque étant survenue postérieurement.

Dans ces circonstances, et au vu des conclusions du Dr H_____, l'hypothèse d'un état dégénératif préexistant qui aurait causé la déchirure du ménisque interne constatée du fait de la survenance de l'évènement accidentel du 26 juin 2017 apparaît possible, comme l'a souligné le Dr I_____. Elle n'est cependant pas clairement la plus vraisemblable en comparaison avec l'alternative d'une origine

exclusivement dégénérative ou à celle d'une réalisation aléatoire d'une apparition qui aurait pu se produire n'importe quand. L'existence d'un lien de causalité entre ledit évènement accidentel et la déchirure au ménisque interne du genou gauche du recourant n'est donc pas établie avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante.

Dès lors que le recourant supporte le fardeau de la preuve de l'existence d'un lien de causalité, ce fait doit de suite être considéré comme non établi.

En conséquence, la déchirure du ménisque interne gauche n'a pas à être couverte par l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

6.2

6.2.1 La lésion au ménisque interne du genou gauche du recourant est une déchirure, comme cela ressort tant du rapport du 14 décembre 2020 du Dr I_____, que du rapport du 1er avril 2021 Dr H_____ et du rapport du 27 octobre 2021 du Dr J_____, qui utilisent tous les trois le terme de « déchirure », alternativement avec celui de « lésion » (voir également : https://www.chuv.ch/fr/otr/otr-home/patients-et-familles/specialites-et-pathologies/chirurgie-reconstructrice-du-genou/ce-que-nous-faisons/les-lesions-des-menisques consulté pour la dernière fois le 19 septembre 2022).

Dans ces circonstances, l'art. 6 al. 2 LAA trouve à s'appliquer. L'atteinte à la santé subie par le recourant doit donc en principe être prise en charge par l'intimée, sous réserve que les opinions médicales issues de l'instruction de la cause mènent à considérer que ce trouble à la santé a été causé de manière prépondérante par l'usure ou par une maladie.

6.2.2 Dans son rapport du 14 décembre 2020, le Dr I_____ a conclu que l'évènement accidentel du 26 juin 2017 avait vraisemblablement aggravé l'état du genou du recourant, provoquant éventuellement une lésion méniscale dans un genou déjà fragilisé par des lésions dégénératives, même si celles-ci n'étaient pas symptomatiques jusqu'alors. Le Dr H_____ a quant à lui retenu que la lésion méniscale subie par le recourant (de type méniscopathie grade III, ou déchirure grade III) était de nature complexe, ce qui laissait penser à une cause dégénérative pour le moins prépondérante, par opposition aux déchirures en anse de seau qui étaient le plus souvent d'origine traumatique, et aux déchirures en languette sans substrat dégénératif également issues la plupart du temps de traumatismes. Outre la nature de la déchirure méniscale, l'absence d'épanchement rapide et de symptomatologie aigüe et le fait que cette déchirure s'inscrivait dans un cadre dégénératif des cartilages des genoux du recourant permettait de conclure qu'une cause au moins partiellement traumatique liée à l'évènement accidentel du 26 juin 2017 était tout au plus possible, mais pas probable. Il fallait donc retenir que la déchirure au ménisque interne du genou gauche du recourant était une pathologie dégénérative. Quant au Dr J_____, il a relevé que le type de déchirure en cause, soit une déchirure avec deux languettes méniscales instables luxées, rendait peu

vraisemblable que cette lésion fût préexistante à l'évènement du 26 juin 2017. En effet, une déchirure de ce type avec formation de lambeaux méniscaux n'aurait pas été asymptomatique avant le 26 juin 2017. Cela parlait en faveur d'une cause traumatique prépondérante, bien que le cartilage du condyle interne (cartilage situé en bas du fémur) montrait des signes d'une usure existant avant cette date. Enfin, le Dr G_____, médecin-conseil de l'intimée, a conclu à une lésion dégénérative dans son rapport du 19 juillet 2018 déjà.

En l'occurrence, le rapport du Dr I_____ qui ne donne la préférence claire ni à l'hypothèse traumatique, ni à l'hypothèse dégénérative, ne permet pas de se prononcer avec une certitude suffisante sur la cause de la déchirure méniscale du recourant. Restent donc principalement les rapports du Dr H_____ et du Dr J_____ qui s'opposent : le premier retient un processus dégénératif prépondérant tandis que le second relève que l'origine non traumatique n'est pas établie.

Comme il a été détaillé plus haut (cf. considérant 6.1), le raisonnement du Dr J_____ ne convainc pas. Du reste, les critiques de ce dernier à l'encontre des motifs sur lesquels s'est fondé le Dr H_____ pour retenir une origine dégénérative prépondérante ne sont pas particulièrement pertinentes. Le Dr H_____ n'a en effet pas nié que les déchirures comportant des languettes laissaient généralement plutôt penser à une cause d'origine traumatique prépondérante, mais a noté que tel n'était pas le cas lorsque, comme en l'espèce, il existait un substrat dégénératif. En outre, c'est à tort que le Dr J_____ reproche au Dr H_____ de ne pas avoir mentionné que le recourant avait ressenti des douleurs après sa chute (cf. rapport du 1er avril 2021 du Dr H_____, p. 3). Ce dernier apparaît en effet avoir eu connaissance de cette information, mais il a conclu à un traumatisme bénin vu que l'assuré avait attendu plusieurs semaines avant de consulter son médecin généraliste (cf. rapport du 1er avril 2021 du Dr H_____, p. 9). Enfin, le fait que le Dr H_____ soit médecin-conseil d'une autre assurance sans lien avec le présent litige, n'est pas de nature à douter de sa force probante selon la jurisprudence fédérale.

Dans cette situation, il faut faire prévaloir les conclusions de l'expertise administrative indépendante sur les conclusions d'une expertise privée réalisée à la demande du recourant. Pour les motifs exposés, la première apparaît en effet comme plus convaincante, et n'est pas remise en cause par les avis médicaux se trouvant au dossier.

Au vu de ce qui précède, le caractère dégénératif prépondérant de la déchirure au ménisque interne du genou gauche du recourant doit être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

En conséquence, il convient de retenir que l'intimée est parvenue à apporter la preuve libératoire prévue par l'art. 6 al. 2 LAA et qu'elle n'a donc pas à prendre

en charge les suites de la déchirure au ménisque susmentionnée au titre de la LAA.

6.3 S'agissant du grief du recourant selon lequel la jurisprudence ATF 146 V 51 devrait être renversée, car contraire à la volonté du législateur qui aurait voulu limiter les renversements de la présomption posée par l'art. 6 al. 2 LAA aux lésions assimilées ayant pour origine exclusive une maladie, il ne peut être suivi.

D'une part, il faut souligner que la lettre de cette norme utilise en effet le terme « prépondérant » / « vorwiegend » / « prevalentemente », ce qui va clairement à l'encontre de l'interprétation défendue par le recourant.

D'autre part, la notion de cause prépondérante à 50.1% ne vaut que lorsque la causalité entre un évènement accidentel et une atteinte à la santé n'est pas établie (avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante). En effet, si tel est le cas, les règles générales relatives aux art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA décrites plus haut trouvent application. Or, avant la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, l'existence d'une cause extérieure (mais pas d'une cause extérieure extraordinaire) était toujours requise pour la couverture d'une lésion assimilée au sens de l'ancien article 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) comme mentionné plus haut. Contrairement à l'argumentation du recourant, le paradigme légal a donc bien subi une modification importante qui consiste désormais à faire prendre en charge par l'assurance-accident des troubles à la santé dont le caractère causal endogène ou exogène prépondérant est douteux. Cela prive de pertinence la référence à des jurisprudences antérieures sur lesquelles se base le recourant.

7. En conclusion, la déchirure du ménisque interne gauche du recourant ne peut être couverte au titre de l'assurance-accidents obligatoire, selon l'art. 6 al. 1 et 2 LAA, étant relevé que rien ne laisse pour le surplus penser que cette atteinte à la santé puisse être liée à l'activité professionnelle du recourant.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'elle ne devait pas prendre en charge les suites de l'évènement accidentel du 26 juin 2017, et en particulier la déchirure du ménisque interne gauche dont le recourant a souffert et la gonarthrose aux deux genoux dont celui-ci souffre toujours, exceptions faites des suites des contusions causées par l'évènement susmentionné ayant pris fin au plus tard au 26 septembre 2017.

Mal fondé, le recours de l'assuré doit sur ce point être rejeté.

8. S'agissant enfin de la question de la prise en charge par l'intimée des frais des expertises médicales privées réalisées par le recourant, l'assureur doit assumer les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (arrêts du Tribunal fédéral 9C_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2014 consid. 6.1). Les frais résultant de la mise en œuvre d'une expertise privée peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était

nécessaire à la résolution du litige (arrêts du Tribunal fédéral 9C_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2014 consid. 6.1 ; 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; voir également sous l'ancien droit : ATF 115 V 62 consid. 5c).

En l'occurrence, l'examen de la chambre de céans a permis d'établir que le présent litige devait être tranché sur la base de l'analyse réalisée dans l'expertise administrative du Dr H_____. Les expertises privées mises en œuvres par le recourant n'étaient donc en tant que telles pas nécessaires à la résolution du litige.

Partant, l'intimée n'est pas tenue de les prendre en charge sur la base de l'art. 45 LPGA. Le recours de l'assuré est donc également mal fondé à cet égard.

9. Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure judiciaire est gratuite (art. 61 let f^{bis} LPGA et art. 89H al. 1 LPA).

Dès lors que le recourant succombe, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	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