RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2588/2019 **ATAS/254/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA — recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, LUCERNE — intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1990, exerce la profession d'aide de toiture auprès de l'entreprise B_____ SA.

   À ce titre, il est assuré contre les accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

2. Le 25 juin 2018, l'assuré a été victime d'un accident : en descendant d'un mur d'environ 1,5 m. de haut, il a glissé sur le rebord dudit mur et perdu l'équilibre, se cognant ainsi les fesses et le mollet gauche.

3. Suite à cet évènement, l'assuré a été mis en arrêt de travail.

4. Le 26 juin 2018, son employeur a adressé une déclaration de sinistre à la SUVA, en indiquant l'existence de contusions sur la jambe et le dos.

5. Un bilan radiologique de la colonne lombaire a été effectué le même jour, concluant à des troubles statiques du rachis lombaire et à l'absence de discarthrose ou de tassement.

6. Le 27 juin 2018 a été pratiqué un echo-doppler du mollet gauche, mettant en évidence un hématome intramusculaire dans le corps du jumeau externe du mollet gauche, réalisant ainsi un syndrome de loge temporaire par mise sous tension de son aponévrose.

7. L'assuré a été examiné le 2 juillet 2018 aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG) en raison de douleurs au mollet avec suspicion d'un syndrome de loge.

   La doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic d'hématome superficiel de la jambe. Les douleurs au mollet gauche étaient plus probablement en lien avec l'hématome intramusculaire. Le médecin proposait d'adapter l'antalgie. Le bilan radio standard démontrait l'absence de fracture.

8. Par courrier du 5 juillet 2018, la SUVA a indiqué à l'employeur de l'assuré qu'elle allouait à ce dernier des prestations d'assurance pour les suites de l'accident.

9. L'assuré a repris le travail le 17 septembre 2018.

10. Le 1er octobre 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a adressé à la SUVA un rapport confirmant le diagnostic d'hématome du mollet gauche.

11. L'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travail à compter du 9 octobre 2018.

12. Le 23 octobre 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) des deux jambes de l'assuré, qui se plaignait de douleurs résiduelles au traumatisme sur le mollet gauche.

    Au niveau de la structure osseuse, il y avait des signes en faveur d'une dysplasie de la trochlée fémorale avec de probables lésions dégénératives discrètes fémoro-patellaires (cette articulation n'avait été que partiellement investiguée). On observait un petit géode sous-chondrale focale postérieure du condyle fémoral latéral à droite, mais aucune anomalie osseuse significative par ailleurs.

    Dans les parties molles étaient constatées trois petites anomalies de signal linéaires hyper-intenses STIR au niveau de la loge des muscles fibulaires dans leur partie haute, compatibles avec d'éventuelles petites lésions traumatiques pouvant être récentes, ou alors il pouvait s'agir de lésions traumatiques plus anciennes et qui n'étaient pas encore totalement cicatrisées. Il n'y avait ni image d'hématome, ni autre anomalie tendino-musculaire.

13. Le 5 novembre 2018, la SUVA a formulé des réserves quant à sa responsabilité et indiqué qu'elle allait procéder à des investigations médicales.

14. Le 4 décembre 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé qu'il n'y avait au dossier aucun élément justifiant une nouvelle incapacité de travail à plus de cinq mois d'un accident ayant causé un hématome dans le mollet et qu'il convenait de demander un rapport détaillé.

15. Une seconde IRM a été effectuée le 18 décembre 2018 pour contrôler la lésion musculaire des péroniers visualisée sur l'IRM du 23 octobre 2018.

    Le Dr E_____ a constaté la disparition complète des trois petites anomalies de signal infra-centimétriques de la partie haute de la loge des muscles fibulaires et l'absence d'anomalie de signal musculaire significative ; la trophicité musculaire était respectée et symétrique. Il n'y avait pas de lésion osseuse visualisée. Devant l'absence de lésions actuelle et la persistance des douleurs, le bilan était complété par un examen du genou.

    Les ligaments collatéraux étaient sans particularité. Au niveau des ligaments croisés, il y avait par contre une légère infiltration mucoïde dégénérative du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA) sans signe de déchirure. Le ménisque médial était le siège d'une fissure horizontale à la jonction entre son corps et sa corne antérieure. Cette fissure alimentait tout un réseau de kystes millimétriques situé en avant de la corne antérieure et qui mesurait transversalement 14 x 13 mm pour une hauteur de 7 mm sur le plan sagittal. Le ménisque médial était le siège d'une anomalie de signal linéaire de grade II de sa corne postérieure se poursuivant à la partie postérieure du corps méniscal.

16. Le 18 décembre 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué avoir été consulté par l'assuré le 9 octobre 2018 en raison de la persistance de douleurs invalidantes à la jambe gauche. Il avait constaté une discrète tuméfaction du mollet gauche dans sa région proximale extrêmement douloureuse à la palpation. Une IRM de contrôle du 23 octobre 2018 avait montré des anomalies de signal compatibles avec des déchirures musculaires dans la masse des péroniers. L'évolution avait été lentement satisfaisante du côté des lésions musculaires. Par contre, l'assuré s'était plaint de dilatations veineuses récidivantes du dos du pied et de la jambe, ainsi que de douleurs au genou gauche. La nouvelle IRM du 18 décembre 2018 avait montré une zone kystique importante de la corne antérieure du ménisque interne. Par contre, les lésions musculaires dans la loge des péroniers proximaux avaient disparu. Un examen angiologique de la jambe était prévu.

17. Le 29 janvier 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que les lésions observées sur l'IRM n'étaient pas d'origine traumatique, mais maladive. Il a rappelé que l'accident concernait le mollet, non le genou.

18. Par courrier du 30 janvier 2019, la SUVA a refusé de prester s'agissant de la seconde incapacité de travail, arguant que, selon le dossier médical et l'appréciation de son médecin-conseil, il n'existait aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'événement dommageable du 25 juin 2018 et les troubles déclarés au genou gauche, ainsi que l'incapacité de travail dès le 9 octobre 2018.

19. Le 19 février 2019, le Dr G_____ a fait remarquer à la SUVA que la situation avait évolué et que deux IRM témoignaient des lésions traumatiques dans le genou gauche de l'assuré. Il convenait de prendre connaissance de ces éléments avant de décider que le cas ne relevait pas de l'assurance-accidents.

20. Après avoir pris connaissance des rapports d'IRM des 23 octobre et 18 décembre 2018, le Dr H_____ a indiqué le 6 mars 2019 que les lésions méniscales décrites, à savoir les kystes et les lésions horizontales bi-méniscales, étaient une maladie.

21. Par décision du 19 mars 2019, la SUVA a formellement refusé d'allouer des prestations en lien avec les troubles au genou gauche et la nouvelle incapacité de travail, faute de lien de causalité certain ou au moins probable entre ceux-ci et l'événement du 25 juin 2018.

22. L'assuré a formé opposition le 2 avril 2019, complétée le 13 mai 2019.

    Il a fait valoir que, dans son rapport du 18 décembre 2018, le Dr G_____ avait indiqué que l'IRM du même jour montrait une zone kystique importante de la corne antérieure du ménisque externe. Ledit rapport d'IRM mentionnait également une fissure du ménisque latéral. Partant, l'atteinte à la santé relevait bien de l'accident.

23. Dans un rapport du 4 juin 2019, le Dr H_____ a retenu, après avoir listé et résumé les divers rapports, que, selon les pièces médicales disponibles, l'assuré présentait une anomalie des deux genoux, de type dégénératif. En effet, le radiologue décrivait clairement la présence d'une dysplasie fémoro-patellaire. Le bilan IRM de décembre 2018 mettait aussi en évidence une lésion de type kystique associée aux problèmes du ménisque. Les fissures méniscales chez l'assuré étaient de type horizontal et présentes tant dans le compartiment médial que le compartiment latéral. Cette constatation évoquait a priori une pathologie globale et donc dégénérative. La présence d'une lésion isolée d'un seul compartiment du genou pouvait faire évoquer sur le plan de la causalité une lésion traumatique, alors que les lésions des deux compartiments évoquaient en premier lieu une pathologie dégénérative. Les lésions méniscales de type horizontal s'observaient surtout dans les pathologies dégénératives, tandis que les lésions de type vertical étaient en général considérées comme des lésions de type traumatique. L'infiltration mucoïde du LCA était aussi considérée comme dégénérative.

    Dans le cas de l'assuré, il était aussi constaté des lésions de deux compartiments, une infiltration mucoïde du LCA et une dysplasie fémoropatellaire bilatérale, susceptibles toutes d'attester d'une dégénérescence globale du genou gauche. Par ailleurs, les différents examens réalisés n'avaient pas évoqué une anomalie du genou gauche lors des consultations. Partant, un lien de causalité certain ou probable ne pouvait être retenu ; dans le meilleur des cas, il était éventuellement possible.

24. Par décision du 6 juin 2019, la SUVA a rejeté l'opposition en se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement.

25. Le 8 juillet 2019, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à toutes les prestations d'assurance de la SUVA, y compris la prise en charge de tous les frais relatifs aux traitements médicaux.

    Il joint à son recours un rapport du Dr G_____ du 22 mai 2019, en rappelant qu'il s'agit d'un éminent spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en faisant valoir que ses conclusions sont parfaitement claires.

    Dans son rapport, le Dr G_____ précise que lorsque, dans son courrier du 19 février 2019, il a indiqué que deux IRM évoquaient des lésions traumatiques, il parlait de la jambe et non du genou gauche. La première IRM montrait des anomalies compatibles avec des déchirures musculaires, la suivante (du 18 décembre 2018) constatait la disparition complète de ces anomalies de signal, ce qui correspondait à une guérison musculaire. Dans ce même rapport, le Dr E_____ a mis en évidence une anomalie de signal de la corne antérieure du ménisque externe. À son avis, les lésions musculaires comme l'anomalie de signal du ménisque externe sont d'origine traumatique. Le recourant était, avant son accident,

en bonne santé, sans aucun problème au niveau du genou ou de la jambe gauches. Par ailleurs, les consultations ainsi que les examens réalisés depuis l'accident confirment une atteinte de la face externe de la jambe gauche, puis du compartiment externe du genou gauche. Les lésions décrites, y compris à l'écho-doppler du 27 juin 2018, n'entrent pas dans la catégorie maladie.

Le médecin indique par ailleurs ne pas partager la position du Dr H_____ car le mécanisme de l'accident décrit par le patient explique les lésions musculaires dans la loge antéro-externe de la jambe gauche et, probablement, une compression du ménisque externe entraînant une anomalie de signal décrite dans l'IRM de décembre 2018. Ces deux zones traumatiques révélées par l'IRM sont pour lui d'origine accidentelle.

Enfin, dans le rapport d'écho-doppler du mollet gauche du 27 juin 2018, le Dr I_____ a décrit un hématome intramusculaire dans le corps du jumeau externe du mollet gauche, réalisant ainsi un syndrome de loge temporaire par mise sous tension dans son aponévrose. Il est possible que la persistance des douleurs externes du mollet gauche soit liée à un syndrome de loge chronique ; c'est la raison pour laquelle il a proposé au recourant d'effectuer une mesure de pression de cette loge pour confirmer le diagnostic.

26. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 septembre 2019, a conclu au rejet du recours.

Elle explique avoir soumis le dernier rapport du Dr G_____ à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie.

Dans une longue appréciation médicale datée du 9 août 2019, celle-ci soutient que les kystes para-méniscaux visualisés sur l'IRM du 18 décembre 2018 ne peuvent pas être séquellaires de l'événement du 18 juin 2018, puisque le laps de temps écoulé entre l'événement et l'IRM était insuffisant pour la formation desdits kystes.

Elle explique aussi que le recourant souffre d'une atteinte méniscale horizontale, qui est d'origine dégénérative selon la littérature médicale. Seule la déchirure musculaire subie à la jambe gauche du recourant est en lien de causalité avec l'événement assuré.

Cela étant, l'IRM réalisée en octobre 2018 ne parle que de « trois petites anomalies de signal linéaires » (sans hématome ni section des tendons principaux ou autre anomalie tendino-musculaire), lesquelles ont complètement disparu sur l'IRM du 18 décembre 2018. Partant, la lésion musculaire à la jambe gauche du recourant n'étant plus handicapante, et les troubles au genou gauche n'étant pas d'origine traumatique, le recourant ne peut prétendre à des prestations d'assurance pour les troubles annoncés en octobre 2018.

27. Le 17 octobre 2019, le recourant a produit un rapport complémentaire du Dr G_____ commentant la position de la Dresse J_____ et sollicité l'audition du Dr G_____, voire une expertise médicale.

Dans son rapport, le Dr G_____ relève que l'analyse des IRM montre une lésion musculaire présente en octobre 2018, cicatrisée en décembre 2018, ce qui correspond à l'histoire normale des traumatismes musculaires. Le recourant se plaignait essentiellement de douleurs externes de la jambe gauche qui, à son avis, s'inscrivaient dans un contexte de séquelles des lésions musculaires de juin 2018.

S'agissant des anomalies de signal de la corne antérieure du ménisque externe gauche, elles pouvaient être d'origine traumatique comme dégénérative. L'apparition de kystes méniscaux en situation post-traumatique était une hypothèse possible chez le recourant : il avait commencé à se plaindre du genou plusieurs mois après l'accident, ce qui correspondait au développement des kystes post-traumatiques.

L'hypothèse dégénérative lui paraît en revanche peu probable s'agissant d'un patient de 28 ans.

Par ailleurs, le mécanisme de l'accident correspond à un choc externe sur la jambe et un mouvement de valgus du genou, qui a pu produire une sorte d'écrasement du ménisque, en particulier de sa corne antérieure. Il s'agit de traumatismes rares, mais déjà décrits.

Enfin, selon lui, la SUVA ayant admis les lésions traumatiques musculaires de la jambe gauche, elle n'avait pas à refuser de prester s'agissant d'un assuré qui continuait à se plaindre de sa jambe gauche. Même en admettant le caractère dégénératif de l'atteinte du genou, la situation post-traumatique de la jambe gauche devait être couverte.

28. Le 15 novembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions en se référant à un nouveau rapport de la Dresse J_____ du 12 novembre 2019, dans lequel elle maintient l'absence de lien de causalité entre l'événement assuré et les troubles mis en évidence sur l'IRM réalisée en décembre 2018.

Selon la Dresse J_____, le Dr G_____ ne peut être suivi lorsqu'il indique que les douleurs externes de la jambe gauche s'inscrivent dans un contexte de séquelles des lésions musculaires de juin 2018. En effet, l'atteinte a été objectivée comme guérie en décembre 2018.

La suspicion du syndrome de loge n'a pas été confirmée par les intervenants aux HUG.

Par ailleurs, le Dr G_____ reconnaît que les anomalies de signal de la corne antérieure du ménisque externe peuvent être d'origine traumatique comme dégénérative ; la première hypothèse reste donc seulement dans le domaine du possible.

Bien que le Dr G_____ s'étonnent d'une possible origine dégénérative chez un patient de 28 ans, l'IRM d'octobre 2018 décrit une géode sous chondrale focale postérieure, qui parle bien en faveur d'un processus dégénératif.

Par ailleurs, l'IRM réalisée en décembre 2018 met en évidence une atteinte du ménisque externe / latéral et interne. Selon la Dresse J_____, il serait surprenant que les deux ménisques soient atteints à la suite d'un traumatisme.

Enfin, il est exact que le mécanisme de l'accident aurait pu, comme le soutient le Dr G_____, produire une sorte d'écrasement du ménisque, mais ce type de mécanisme engendre seulement une atteinte interne, et non interne et externe.

29. Le recourant a persisté dans ses conclusions et sollicité à nouveau l'audition du Dr G_____, afin de lui poser diverses questions complémentaires.

30. Le 18 février 2020, la Cour de céans a posé par écrit les questions suivantes au Dr G_____ :

    1) Quelle est la cause de l'anomalie du signal de la corne antérieure du ménisque interne, mise en évidence par le Dr E_____ ?

    2) Existait-t-il deux atteintes au niveau du ménisque, une externe / latérale et une interne ?

    3) Les examens réalisés depuis l'accident montrent-ils une atteinte de la face externe de la jambe gauche puis du compartiment externe du genou gauche, ou une atteinte des compartiments internes et externes ?

    4) Existe-t-il un syndrome de loge ?

    5) Si oui, l'existence d'un syndrome de loge signifie-t-elle que le problème était d'origine accidentelle ?

    6) La compression du ménisque externe entraînant une anomalie du signal décrite dans l'IRM était-elle objectivable ? Si non, était-elle hautement vraisemblable ?

    7) Comment expliquer que les douleurs externes de la jambe gauche s'inscrivent dans le contexte de séquelles des lésions musculaires de juin 2018 ?

    8) Était-il exact, au vu de l'IRM d'octobre 2018, qu'il existait une géode sous-chondrale focale postérieure ?

    9) Que signifie l'existence d'une géode par rapport à la cause des troubles ?

    10) Était-il surprenant que deux ménisques soient atteints à la suite d'un traumatisme ?

    11) Était-il exact que le mécanisme de l'accident aurait dû entraîner, comme le soutenait le médecin de l'intimée, seulement une atteinte méniscale interne et non une atteinte du ménisque interne et externe ?

31. Le 26 février 2020, le Dr G_____ y a répondu ainsi :

    1) L'anomalie peut être post-traumatique selon le mouvement en valgus du genou gauche.

    2) Il n'y a pas d'atteinte traumatique du ménisque interne.

    3) Les examens ont montré des lésions musculaires externes de la jambe gauche et une atteinte du ménisque externe du genou gauche. Aucune lésion n'a été décrite du côté interne.

4) Un syndrome de loge a été suspecté mais non confirmé, car il a été renoncé à la mesure de pression en raison de l'appréhension du patient.

5) L'existence d'un syndrome de loge n'a pu être démontrée.

6) Le recourant s'est plaint depuis le début d'une douleur du compartiment externe du genou gauche, compatible avec la lésion décrite à l'IRM.

7) Les douleurs externes de la jambe gauche sont les séquelles des lésions musculaires causées par l'accident de juin 2018.

8) Il s'agissait d'une découverte fortuite, la géode sous-chondrale ne jouait pas de rôle dans la pathologie du recourant.

9) L'existence d'une géode n'a aucune signification actuelle. Dans le cas du recourant, ont été décrites une souffrance et une lésion du ménisque externe. Le ménisque interne ne présentait pas de lésion. Dans d'autres types d'accidents, les deux ménisques peuvent être touchés.

10) Le mécanisme de l'accident décrit par le recourant met en évidence une souffrance du ménisque externe. Il s'agissait d'un mouvement en valgus du genou gauche où le ménisque interne n'avait pas été touché.

11) Pas de réponse.

32. Le 14 mai 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions et produit une nouvelle appréciation de la Dresse J_____ du 12 mai 2020.

Selon celle-ci, c'est à tort que le Dr G_____ conteste l'existence d'une atteinte au ménisque interne, puisque l'IRM du 18 décembre 2018 l'a démontrée. Or, l'atteinte de ces deux ménisques parle clairement en faveur du caractère dégénératif de la lésion. Par ailleurs, selon les nombreux rapports au dossier, le recourant a fait l'objet d'investigations médicales pour des douleurs à la jambe et au mollet gauches, et non au genou. Cette articulation n'a fait l'objet d'un examen qu'en décembre 2018, alors que sa lésion au mollet avait guéri. Par ailleurs, la géode sous-chondrale découverte fortuitement parle en faveur d'éléments dégénératifs au niveau de l'articulation du genou.

La Dresse J_____ s'est ainsi déterminée sur les réponses du Dr G_____ :

1) La réponse du Dr G_____ est selon elle purement hypothétique.

2) L'IRM réalisée en décembre 2018 confirme bien qu'il y avait une atteinte des deux ménisques – fissure horizontale du ménisque externe et anomalie de signal du ménisque interne. Cette situation parle clairement en faveur du caractère dégénératif de cette atteinte.

3) Les examens montrent en réalité non seulement une atteinte traumatique du côté externe de la jambe / extra-articulaire du genou gauche, mais également une atteinte du ménisque interne et externe – intra-articulaire – du genou gauche.

4) et 5) Le syndrome de loge n'est pas obligatoirement d'origine traumatique, pourtant il est le plus souvent constaté après un accident. Le recourant a été examiné aux HUG, qui ont infirmé un syndrome de loge.

6) Dans les rapports médicaux établis les 26 et 27 juin 2018, 2 juillet 2018 et 1er octobre 2018, les douleurs étaient décrites au mollet gauche.

7) Pas de commentaire.

8) Elle rejoint le Dr G_____ lorsqu'il atteste que la géode sous-chondrale ne joue pas de rôle dans la pathologie du patient en relation avec l'événement traumatique. Toutefois, la présence d'une telle géode parle en faveur d'éléments dégénératifs au niveau de cette articulation.

9) Comme indiqué en commentaire à la question no. 2, il est inexact que le ménisque interne ne présentait pas de lésion.

10) L'atteinte du ménisque interne est confirmée. Il s'agit du même type d'atteinte retrouvée au niveau du ménisque externe, à savoir une atteinte traduisant une altération qualitative de la substance méniscale, aboutissant à une interruption de la continuité de la trame tissulaire se traduisant par l'apparition de kystes méniscaux et de fissures horizontales.

11) L'absence de réponse du Dr G_____ à cette question démontre que ses réponses n'apportent aucun élément nouveau.

33. Le 23 juillet 2020, le recourant a persisté à son tour dans ses conclusions.

Selon lui, il ressort bien de l'IRM de décembre 2018 que le ménisque médial était le siège d'une fissure horizontale. Le ménisque médial était le siège d'une anomalie de signal linéaire de grade II de sa corne postérieure se poursuivant à la partie postérieure du corps méniscal. Il existait une seule atteinte au niveau du ménisque médial.

Même si par impossible il fallait considérer qu'il existait deux atteintes au niveau du ménisque, on ne voit pas en quoi une telle constatation permettrait de soutenir que l'on se trouvait en présence d'une situation dégénérative.

Selon le recourant, le médecin de la SUVA ne fournit aucune explication médicale détaillée, fondée, à titre d'exemple sur la littérature médicale. Il s'agit d'une simple affirmation de sa part, sans aucun fondement.

Quant à l'anomalie de signal linéaire, elle est relevée par l'IRM effectuée le 23 octobre 2018. Le radiologue a alors parlé d'anomalies compatibles avec des petites déchirures musculaires plutôt récentes. La Dresse J_____ ne remet pas en question ces constatations, se contentant d'indiquer que l'IRM concernerait les deux jambes et non le genou gauche.

Le recourant estime que les explications du Dr G_____, dont on ne peut suspecter, au vu de sa réputation, qu'il cherche à le favoriser, sont autrement convaincantes.

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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, 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 à compter du 1er janvier 2017.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

6. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 9 octobre 2018, singulièrement sur la question de savoir si les troubles au genou gauche à compter de cette date sont en lien de causalité avec l'accident du 25 juin 2018.

7. 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

   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).

9. 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).

10. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

    Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

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. A 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).

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. 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. Etant 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 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).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. 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. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut

être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

15. 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).

16. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

17. En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 25 juin 2018, suite auquel il a souffert de lombalgies et d'un hématome au mollet gauche. Il a été mis en arrêt de travail durant trois mois.

    L'intimée a initialement octroyé des prestations en lien avec ledit accident.

    Trois semaines après la reprise du travail, soit dès le 9 octobre 2018, le recourant s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail totale. Après divers examens médicaux ont été mises en évidence la disparition des affections musculaires, mais la présence de lésions au ménisque gauche.

    L'intimée a refusé d'allouer des prestations d'assurance en lien avec les troubles du genou gauche et la nouvelle incapacité de travail, au motif qu'aucun lien de causalité certain ou au moins probable ne pouvait être établi avec l'accident du 25

juin 2018, se fondant sur l'avis du Dr H_____, selon lequel les fissures méniscales décrites dans le rapport d'IRM du 18 décembre 2018 évoquaient une pathologie globale et donc dégénérative, tout comme l'infiltration mucoïde du LCA et la dysplasie fémoro-patellaire bilatérale, toutes susceptibles d'attester d'une dégénérescence globale du genou gauche.

Le recourant conteste cette position en se fondant quant à lui sur l'avis du Dr G_____, qui estime que les lésions musculaires, tout comme l'anomalie de signal du ménisque externe sont d'origine traumatique.

Le dossier contient plusieurs appréciations des Drs G_____ et J_____, toujours contradictoires : dans son rapport du 17 octobre 2019, le Dr G_____ considère que les anomalies de signal de la corne antérieure du ménisque externe gauche du recourant peuvent être d'origine traumatique comme dégénérative. Par ailleurs, contrairement à la Dresse J_____, il estime que l'apparition des kystes méniscaux est possiblement une suite de l'accident, le recourant ayant commencé à se plaindre du genou plusieurs mois après l'accident, ce qui correspond au développement des kystes post-traumatiques. Il soutient par ailleurs que l'hypothèse dégénérative paraît peu probable chez un patient de 28 ans. Il explique également que le mécanisme de l'accident correspond à un choc externe sur la jambe gauche et un mouvement de valgus du genou, lequel a pu produire une sorte d'écrasement du ménisque, en particulier de sa corne antérieure. À cela, la Dresse J_____ répond dans son rapport du 12 novembre 2019 que le mécanisme de l'accident a effectivement pu produire une sorte d'écrasement du ménisque, mais que ce type de mécanisme engendre une atteinte interne, et non interne et externe.

Diverses questions complémentaires ont été posées au Dr G_____, dont les réponses ont été commentées par la Dresse J_____.

Selon le premier, l'anomalie de signal de la corne antérieure du ménisque peut être post-traumatique et les douleurs externes de la jambe gauche sont les séquelles des lésions musculaires causées par l'accident de juin 2018. Il n'y a selon lui pas d'atteinte traumatique du ménisque interne, qui ne présentait pas de lésion ; le mécanisme de l'accident met en évidence une souffrance du ménisque externe (mouvement en valgus du genou gauche où le ménisque interne n'a pas été touché).

La Dresse J_____ considère au contraire que l'IRM de décembre 2018 confirme bien une atteinte des deux ménisques, à savoir une fissure horizontale du ménisque externe et une anomalie de signal du ménisque interne, ce qui parle clairement en faveur du caractère dégénératif de cette atteinte. Ces deux atteintes sont de même type et correspondent à une altération qualitative de la substance méniscale, aboutissant à une interruption de la continuité de la trame tissulaire se traduisant par l'apparition de kystes méniscaux et de fissures horizontales.

Au vu des avis toujours divergents de ces deux médecins spécialistes sur la nature des atteintes au ménisque et donc sur la cause des lésions - le Dr G_____ estimant que le ménisque interne n'a pas été touché et que le mécanisme de l'accident a

entraîné une compression du ménisque externe, alors que la Dresse J_____ soutient que la lésion des ménisques interne et externe serait la preuve d'une lésion dégénérative - la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, la cause – accidentelle ou dégénérative – des lésions. En effet, même si le Dr G_____ n'est pas complètement affirmatif sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte au genou gauche, le fait qu'il conteste l'existence d'une atteinte au ménisque interne engendre des doutes sur la valeur probante du rapport de la Dresse J_____, qui fonde principalement sa thèse – selon laquelle l'atteinte dont souffre le recourant serait d'origine dégénérative – sur la prétendue double atteinte (interne et externe) du ménisque interne.

Dans ces circonstances, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin que celle-ci mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Il conviendra d'inviter l'expert à répondre aux questions que la Cour de céans a posées le 18 février 2020 au Dr G_____, relatives à la nature de l'atteinte au genou gauche du recourant et à l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'événement assuré. En particulier, il conviendra que l'expert précise si le lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident du 25 juin 2018 est seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %).

En ce sens, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition de l'intimée du 6 juin 2019 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise administrative indépendante.

18. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 al. 1 let. g LPGA ; art. 89H ak, 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03].

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.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 6 juin 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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