



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3183/2018

ATAS/960/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 octobre 2019

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOUGERIES, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian PIRKER

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise
Richtiplatz 1, WALLISELLEN, représentée par l'ALLIANZ
SUISSE, Service juridique et sinistres complexes Accidents

intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, travaille en qualité de restaurateur d'œuvres d'art. En tant qu'indépendant, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : ALLIANZ ou l'assurance).
2. Le 18 décembre 2014, vers 19h30, alors qu'il circulait à scooter, l'assuré s'est fait renverser par un autre scooter, dont le conducteur avait brûlé le stop et pris la fuite.
3. Par déclaration d'accident-bagatelle du 11 mars 2015, l'assuré a porté l'accident précité à la connaissance de son assurance, précisant que son genou gauche avait été touché.
4. L'assurance a pris en charge les suites de cet accident.
5. À la demande du docteur B_____, médecin traitant de l'assuré, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche a été pratiquée le 17 mars 2015. Selon le compte-rendu y relatif, une déchirure horizontale de grade III au niveau de la corne postérieure des ménisques interne et externe avait été constatée. S'ajoutait encore un kyste méniscal au niveau du ménisque interne. Sur le plan osseux et cartilagineux, cet examen a mis en évidence un discret amincissement cartilagineux visible de part et d'autre de la surface portante du compartiment fémoro-tibial interne. En revanche, aucune atteinte significative du cartilage articulaire au niveau fémoro-patellaire n'avait été constatée.
6. L'assuré a ensuite été adressé au docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel l'a examiné le 27 mars 2015. Dans un courrier au Dr B_____ daté du 31 mars 2015, le Dr C_____ a notamment précisé que l'IRM précitée confirmait la lésion méniscale interne et qu'elle montrait également des lésions cartilagineuses fémoro-patellaires et fémoro-tibiales internes. Il suggérait une arthroscopie, laquelle ne résoudrait toutefois que le problème méniscal mais non le début d'arthrose.
7. L'assurance a soumis le cas à son médecin-conseil, qui a considéré, dans une note datée du 23 avril 2015, que l'événement assuré était propre à entraîner la lésion, étant toutefois précisé que le genou en question montrait de légers signes d'arthrose. Cela étant, l'intervention projetée était en lien de causalité avec l'accident assuré.
8. L'arthroscopie a eu lieu le 4 mai 2015. À cette occasion, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de déchirure de la corne postérieure des ménisques interne et externe du genou gauche. Lors de cette intervention, il a procédé à la résection partielle des cornes postérieures précitées. Au niveau du pivot central, le médecin a également constaté un tissu cicatriciel et un ligament muqueux, qu'il a enlevés au shaver et à l'arthrocare. Au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, le Dr C_____ a vu des surfaces cartilagineuses saines pour le fémur et une chondromalacie de stade I au niveau du tibia. Enfin, les surfaces cartilagineuses articulaires étaient saines.

9. Interrogé sur la nécessité de prendre en charge le médicament « Condrosulf » prescrit par le Dr C_____, un médecin de la consultation en ligne Medgate a expliqué, le 24 juin 2015, que ledit médicament était indiqué dans le traitement de l'arthrose du genou. Bien que l'indication de ce médicament fut principalement l'arthrose, plusieurs études suggéraient une certaine efficacité pour le ralentissement de la destruction du cartilage après un traumatisme du genou. Le médecin de Medgate conseillait ainsi à l'assurance de prendre en charge le médicament précité pendant trois mois.
10. L'IRM du genou gauche pratiquée le 30 octobre 2015 a montré une ostéophytose fémoro-tibiale externe, un status post résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie de grade II fémoro-tibiale interne.
11. À nouveau interrogé sur la question de la prise en charge du médicament « Sinovial » également prescrit par le Dr C_____, un médecin de Medgate a expliqué à l'assurance, le 7 janvier 2016, que le médicament en question était un agent de substitution au liquide articulaire, permettant de rétablir les conditions physiologiques des articulations arthrosiques. Dans la mesure où l'assuré présentait déjà un début d'atteinte dégénérative au jour de l'accident, sans lien de causalité avec celui-ci, il pouvait être considéré que le médicament « Sinovial » avait très vraisemblablement été prescrit dans ce contexte. Par conséquent, il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident assuré et la prescription du médicament précité.
12. L'assurance a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, lequel a relevé, le 11 février 2016, que l'assuré souffrait en réalité de deux atteintes : l'atteinte traumatique sous la forme d'une déchirure du ménisque, en lien de causalité certaine avec l'accident assuré ainsi qu'un état antérieur évolutif, qui faisait l'objet d'un traitement médicamenteux au Condrosulf ainsi que d'injections de Sinvisc (concurrent du Sinovial). Il retenait par ailleurs la date de la dernière IRM pour le *statu quo sine* pour la gonarthrose.
13. L'appréciation du Dr D_____ a été confirmée, dans une brève note du 9 mars 2016, par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
14. Le 23 mars 2016, l'assurance a informé l'assuré qu'elle considérait, sur la base des conclusions de ses médecins-conseils, qu'il ne souffrait plus des suites de l'accident assuré depuis le 30 octobre 2015, que l'état de santé serait le même si l'accident ne s'était pas produit et que c'était l'état antérieur qui faisait en réalité l'objet du traitement en cours auprès du Dr C_____. Le *statu quo* ayant été atteint le 30 octobre 2015, la condition de la causalité naturelle n'était plus donnée, de sorte qu'ALLIANZ ne verserait plus ses prestations dès le 31 octobre 2015.
15. Par courrier du 18 mai 2016, le Dr C_____ a informé l'assurance que la situation s'améliorait progressivement mais que l'assuré présentait encore des douleurs du compartiment interne du genou gauche, de type mécaniques et inflammatoires, le gênant toujours. Ces plaintes étaient secondaires à l'accident assuré puisque, lors de l'arthroscopie, il avait constaté une lésion des deux ménisques sur un genou non

arthrosique. Il était, dès lors, surprenant que l'assurance décide de mettre un terme à ses prestations.

16. Le 20 mai 2016, l'assuré a contesté la position de l'assurance du 23 mars 2016, considérant qu'il ressortait du dossier qu'il ne souffrait d'aucun problème de genou avant l'accident assuré. En particulier, l'IRM du 30 octobre 2015 n'avait pas mis en évidence de séquelles d'opérations antérieures. Par ailleurs, dans son courrier du 18 mai 2016, le Dr C_____ avait notamment évoqué une lésion des deux ménisques sur un genou non arthrosique. Par conséquent, la position de l'assurance n'était pas fondée et il lui appartenait de poursuivre la prise en charge des suites de l'accident du 18 décembre 2014.
17. Par décision formelle du 7 juin 2016, l'assurance a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 octobre 2015, invoquant les mêmes motifs que ceux mentionnés dans son courrier du 23 mars 2016.
18. Le même jour, l'assurance a précisé sa position au Dr C_____, expliquant que selon ses médecins-conseils, les Drs D_____ et E_____, l'assuré présentait deux problèmes orthopédiques : d'une part, un état antérieur évolutif sous la forme d'une gonarthrose gauche, lequel faisait l'objet d'un traitement de fond de Synvisc (concurrent du Sinovial) et de Condrosulf et, d'autre part, une déchirure traumatique du ménisque interne ainsi qu'une lésion du ménisque externe, dont le lien de causalité avec l'accident du 18 décembre 2014 avait été accepté. En raison de l'existence de cet état antérieur, les médecins-conseils précités avaient fixé le *statu quo sine* au 30 octobre 2015, afin d'inclure le paiement de l'IRM du 30 octobre 2015. Ce faisant, ils avaient suivi l'opinion du Dr C_____, lequel avait considéré, dans son courrier du 31 mars 2015, que l'arthroscopie ne résoudrait que le problème méniscal mais non l'arthrose.
19. Le 14 juin 2016, faisant suite au courrier de l'assurance du 7 juin 2016, le Dr C_____ a expliqué que son courrier du 31 mars 2015 se fondait sur les résultats de l'IRM du 17 mars 2015. Toutefois, lors de l'arthroscopie, il avait constaté qu'il n'existait pas de lésion cartilagineuse au niveau de la rotule et tout au plus une minime chondropathie de stade I du plateau tibial interne. Le médecin a par ailleurs relevé qu'il n'était pas rare que des lésions cartilagineuses secondaires se développent après une ménisectomie totale ou partielle. Par conséquent, il était d'avis que le traitement continuait à faire partie des suites de l'accident assuré. En tout état, il proposait au Dr E_____ de consulter les images de l'arthroscopie.
20. Le 5 juillet 2016, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à la décision du 7 juin 2016, considérant que la position des médecins-conseils ne pouvait être pertinente, dès lors qu'ils s'étaient prononcés sur la base du courrier du Dr C_____ du 31 mars 2015 rédigé antérieurement à l'arthroscopie, que lesdits médecins ne l'avaient jamais examiné et qu'ils n'avaient pas non plus consulté les résultats des examens ni les images de l'arthroscopie. Partant, il concluait à

l'annulation de la décision querellée et à la poursuite de la prise en charge des suites de l'accident du 18 décembre 2014.

21. Par courrier du 8 août 2016, l'assurance a sollicité de l'assuré des informations complémentaires, notamment concernant les coordonnées de sa caisse maladie.
22. Le 10 octobre 2016, l'assuré a remis à son assurance une attestation du Dr B_____ datée du 6 octobre 2016, dont il ressort que ce médecin le suivait depuis le 17 janvier 1997 et qu'il n'était pas au courant d'un problème ou d'une maladie au genou gauche antérieurement à l'accident du 18 décembre 2014.
23. Par courriels des 16 novembre 2016 et 3 octobre 2017, l'assuré a transmis à son assurance la liste et les décomptes des prestations prises en charge par son assureur-maladie, HELSANA, entre 2009 et 2016, précisant qu'aucune de ces prestations n'était en lien avec un éventuel problème du genou.
24. Une IRM du genou gauche, réalisée le 25 novembre 2016, a mis en évidence un status post résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie débutante avec œdème réactionnel du bord latéral du tibia, sans changement significatif par rapport à l'examen de 2015.
25. Le dossier a été soumis au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, lequel a expliqué, dans un avis du 23 mars 2018, après avoir résumé les pièces du dossier, que sur le plan méniscal, l'IRM du 17 mars 2015 avait montré une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, s'accompagnant d'un kyste méniscal centimétrique. Il s'agissait donc d'une pathologie dégénérative, siégeant plus fréquemment sur le ménisque externe, due à une dégénérescence des fibres méniscales s'accompagnant d'une accumulation périphérique de substances mucoïdes. En lien avec cette constatation, le Dr F_____ a rappelé que les lésions méniscales horizontales étaient le plus souvent de type dégénératif contrairement aux lésions verticales, fréquemment post-traumatiques. Par conséquent, il considérait que la chute avait entraîné une lésion méniscale externe, étant précisé que l'évolution après cette intervention avait été favorable, étant donné que l'assuré se plaignait uniquement de douleurs sur le compartiment interne du genou, d'origine dégénérative et préexistante à l'accident assuré. La lésion méniscale interne et la lésion externe avaient été traitées lors de la même intervention par arthroscopie. Les troubles actuels étaient localisés sur le compartiment interne et étaient en lien de causalité pour le moins probable avec les troubles dégénératifs mentionnés. Au demeurant, l'IRM du 25 novembre 2016 n'avait retrouvé qu'une chondropathie débutante sans changement significatif par rapport à l'examen de 2015, ce qui permettait de conclure qu'il n'y avait pas eu d'aggravation déterminante de l'état antérieur. En conclusion, pour le Dr F_____, l'accident assuré avait déstabilisé un état antérieur de façon temporaire et c'était à juste titre qu'un *statu quo sine* avait été fixé au 30 octobre 2015.

26. Par courriel du 5 juin 2018, le Dr C_____ s'est prononcé sur l'appréciation précitée du Dr F_____ et a notamment rappelé que lors de l'arthroscopie du 4 mai 2015, il n'avait pas constaté de lésions cartilagineuses, hormis une chondromalacie de stade I du plateau tibial, qui ne pouvait être considérée comme une arthrose. Il n'y avait en outre aucune relation entre l'aspect IRM des lésions méniscales et l'origine traumatique ou non desdites lésions. Par ailleurs, aucun des médecins-conseils de l'assurance n'avaient visionné les images arthroscopiques. Enfin, le Dr C_____ contestait les conclusions du Dr F_____, selon lesquelles les douleurs encore ressenties étaient en lien de causalité pour le moins probable avec les troubles dégénératifs mentionnés, puisqu'à l'IRM de contrôle du 25 novembre 2016, aucune évolution desdites lésions n'avait été constatée.
27. Par courriel du 3 juillet 2018, le Dr C_____ a transmis à l'assurance les images de l'arthroscopie, lesquelles ont été transférées au Dr F_____. Après en avoir pris connaissance, ce dernier a maintenu ses précédentes conclusions par avis du 16 juillet 2018.
28. Par décision sur opposition du 27 juillet 2018, l'assurance a écarté l'opposition du 5 juillet 2016 et a confirmé sa décision du 7 juin 2016, rappelant que le *statu quo* avait été atteint le 30 octobre 2015 et que les douleurs dont se plaignait l'assuré ne pouvaient plus, au-delà de cette date, être mises en relation de causalité naturelle avec l'accident du 18 décembre 2014 au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en assurances sociales.
29. Le 14 septembre 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée concluant, sous suite de dépens, à son annulation et, cela fait, principalement à la prise en charge des prestations d'assurance pour l'ensemble des conséquences, et notamment l'arthrose secondaire, résultant de l'accident du 18 décembre 2014 et subsidiairement, à la réalisation d'une expertise. À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que l'étiologie des troubles actuels avait fait l'objet d'une analyse lacunaire sans motivation des causes à tout le moins probables des douleurs, ne prenant pas en compte les différents facteurs d'arthrose primaire et secondaire, l'évolution du *statu quo sine* de la chondropathie primaire invoquée et les nuances nécessaires dans l'application au cas concret de généralités médicales. Pour lui, les douleurs dont il souffrait encore étaient en lien de causalité directe avec l'accident assuré.
30. L'assurance a répondu en date du 3 décembre 2018 et a conclu au rejet du recours. Admettant qu'elle avait pris en charge l'atteinte méniscale au titre de lésion corporelle assimilée, l'intimée a toutefois considéré que les douleurs dont se plaignait encore le recourant étaient en lien avec les troubles dégénératifs préexistants à l'accident.
31. Le 18 mars 2019, l'assuré a renoncé à répliquer.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 octobre 2015 et, singulièrement, sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 14 décembre 2014 et les troubles dont se plaint le recourant.
6. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident au sens de cette disposition, 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).

Le droit aux prestations suppose notamment 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3).

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 no U 142 p. 75 consid. 4b ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sécurité sociale, 3^{ème} éd., 2016, n. 107, p. 930). Le seul 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 événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit, dans sa teneur également en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a ; ATF 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la

distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c ; ATF 114 V 301 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêts du Tribunal fédéral 8C_565/2015 du 15 juin 2016 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2 et les références).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, *a fortiori*, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimales, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. 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).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

9. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. 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 (arrêts

du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 consid. 6).

10. En l'espèce, à la suite d'un accident de scooter survenu le 14 décembre 2014, le recourant a souffert de douleurs au genou droit. Les investigations menées par les médecins traitants ont mis en évidence une déchirure horizontale de la corne postérieure des ménisques interne et externe. L'intimée a qualifié les atteintes méniscales de lésions corporelles assimilées et a pris en charge les suites de l'événement précité. Par décision du 7 juin 2016, confirmée sur opposition le 27 juillet 2018, l'intimée a mis un terme à ses prestations, avec effet au 30 octobre 2015. Se fondant sur les appréciations de ses médecins-conseils, elle a considéré que les symptômes encore ressentis par le recourant n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus en lien de causalité avec l'événement assuré.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que les atteintes méniscales constituent des lésions corporelles assimilées au sens des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA, dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 2016. C'est ainsi à tort que l'intimée s'est référée à la règle de la vraisemblance prépondérante alors que la jurisprudence déduite de ces dispositions commande que le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* doit être clairement établi. La question se pose de savoir si, à l'aune de la règle particulière de preuve posée par la jurisprudence applicable aux lésions assimilées, l'origine dégénérative des troubles dont se plaint le recourant est établie de manière manifeste à compter du 31 octobre 2015.

Pour répondre à cette question, il convient d'examiner, dans un premier temps, si les documents médicaux sur lesquels se fonde l'intimée, et plus particulièrement les

appréciations des Drs D_____, E_____ et F_____, revêtent une pleine valeur probante.

Force est tout d'abord de relever que les médecins-conseils de l'intimée n'ont pas examiné le recourant pour établir leurs appréciations des 11 février et 9 mars 2016 ainsi que 23 mars et 16 juillet 2018, sur lesquelles ALLIANZ s'est fondée pour mettre un terme à ses prestations. Selon la jurisprudence fédérale, pour pouvoir avoir une valeur probante, une appréciation sur dossier doit se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré. Or, le dossier ne contient aucune appréciation médicale circonstanciée, explicitant les plaintes actuelles du recourant et les constatations cliniques des médecins. La seule référence – au demeurant très vague – aux plaintes du recourant apparaît dans le courrier du Dr C_____ du 18 mai 2016, dans lequel ce médecin évoque des douleurs du compartiment interne du genou gauche, mécaniques et inflammatoires. On ne sait toutefois pas dans quelles circonstances ces douleurs surviennent ni si elles ont des effets sur la mobilité du genou. On ne connaît pas non plus le traitement préconisé par les médecins. Dans de telles circonstances, les conclusions des médecins-conseils de l'intimée ne sont que théoriques et ne prennent pas en considération les particularités du cas du recourant.

S'y ajoute encore le fait que les appréciations des Drs D_____ et E_____ ne comportent aucune anamnèse, aucune description des plaintes, ni des constatations cliniques des médecins. Les conclusions ne sont en outre pas motivées. Il en va de même de l'appréciation du Dr F_____ du 23 mars 2018. Si elle est certes plus complète que celles des Drs D_____ et E_____, avec notamment une anamnèse et une brève description des pièces du dossier, elle ne comporte aucune description des plaintes du recourant, se limitant à indiquer que « les troubles actuels sont localisés sur le compartiment interne » ni aucune description des constatations cliniques. De plus, les conclusions de ce médecin ne sont pas convaincantes. En effet, il explique, d'une part, la distinction entre les lésions méniscales horizontales, en général d'origine dégénérative, et les lésions méniscales verticales, d'origine traumatique, et retient, d'autre part, que seule l'atteinte au ménisque externe est d'origine traumatique dans le cas du recourant alors que selon le compte-rendu de l'IRM du 17 mars 2015, la déchirure de la corne postérieure tant du ménisque interne que du ménisque externe était horizontale. La chambre de céans peine ainsi à comprendre pour quels motifs seule l'atteinte au ménisque externe a été considérée comme étant d'origine traumatique par le médecin-conseil de l'intimée, ce d'autant plus que dans son courrier au Dr C_____ du 7 juin 2016, l'intimée avait évoqué une déchirure traumatique au ménisque interne. En outre, le médecin précité n'a examiné ni la question de l'étiologie des plaintes ni celle du *statu quo* de l'atteinte méniscale.

À défaut d'être fondées sur suffisamment d'appréciations basées sur un examen personnel de l'assuré et de répondre aux réquisits jurisprudentiels en la matière, les

appréciations des médecins-conseils sont à l'évidence dénuées de toute valeur probante.

De son côté, le recourant ne produit aucun rapport circonstancié à l'appui de ses conclusions. Le seul document postérieur à l'appréciation du Dr F_____ est un courriel du Dr C_____ du 5 juin 2018, dans lequel ce dernier « conteste les conclusions du [médecin-conseil] lorsqu'il dit que [les] douleurs actuelles sont en relation de causalité pour le moins probable avec les troubles dégénératifs mentionnés, puisqu'il signale au paragraphe suivant qu'à l'IRM de contrôle du 25 novembre 2016, il n'y avait pas d'évolution de ces 'lésions' ». Le Dr C_____ ne motive toutefois pas sa position. Le seul fait que les troubles dégénératifs ne se soient pas aggravés ne permet en effet pas de nier tout lien de causalité.

11. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre les atteintes encore ressenties par le recourant et l'accident assuré. À aucun moment, les médecins de l'intimée n'ont examiné le retour à un *statu quo* des atteintes méniscales, étant rappelé que celui-ci doit être manifeste. Ils ne se sont pas non plus posé la question de l'origine des troubles présentés par le recourant, partant de l'idée que ceux-ci étaient en lien avec une atteinte dégénérative, sans expliquer pour quels motifs ils ne seraient plus liés aux atteintes méniscales, étant rappelé dans ce contexte que les douleurs encore ressenties par le recourant touchent le compartiment interne et que l'atteinte au ménisque interne avait justement été qualifiée de traumatique par l'intimée dans son courriel du 7 juin 2016.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 14 décembre 2014 et les troubles encore présentés par le recourant, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de ses médecins-conseils très peu motivés et ne disposant d'aucune valeur probante. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur la nature exacte des plaintes du recourant et le lien de causalité entre lesdites plaintes et les atteintes méniscales ainsi que sur la date d'un éventuel *statu quo*.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 2 décembre 2016 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 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 du 27 juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 1'500.- au recourant, à titre de participation à ses frais et 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 NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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