

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu et Piguet, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

B. _____ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne.

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

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé pour G. _____ SA depuis 1997 en qualité de cadre intermédiaire. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de B. _____ SA (ci-après : B. _____ SA, l'assureur-accidents ou l'intimée).

Le 18 avril 2017, l'employeur a adressé à B. _____ SA une déclaration d'accident bagatelle concernant l'assuré. Il y indique que son employé a été victime d'une entorse ([...] *rechtes Knie verrenkt ; Verrenkung*) du genou droit en passant l'aspirateur à son domicile le 15 avril 2017.

Le 26 avril 2017, en complément à l'annonce de sinistre du 18 avril 2017, l'assuré a répondu comme il suit aux questions complémentaires de B. _____ SA (extraits) :

« 1. Quand et comment la blessure annoncée est-elle survenue (description précise du déroulement) ?

Le samedi de Pâques, en passant l'aspirateur sous le lit à genoux. Pour accéder à la partie sous le lit, j'ai dû m'agenouiller. Ce faisant, je me suis sans doute blessé au genou droit, car après une douleur aiguë soudaine dans le genou droit je ne pouvais plus ni le tendre, ni le plier.

2. S'est-il passé quelque chose de particulier à ce moment-là ? (chute, coup, etc.)

En m'agenouillant, j'ai ressenti une forte lancée, qui m'a empêché de poursuivre mon activité.

3. Avez-vous souffert de troubles similaires par le passé Oui x Non

Si oui :

a) Quand et auprès de quel médecin avez-vous suivi une thérapie ?

27.02.2012 / accident de ski

Dr. H. _____ / [...]

b) Qui avait pris en charge les coûts de traitement ? (caisse-maladie, etc.

B. _____ SA, [...]

[...] »

L'assuré a repris le travail à 100 % dès le 18 avril 2017.

Il a toutefois consulté son médecin traitant, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, le 19 avril 2017 en raison de la persistance d'une gonalgie. Ce généraliste a adressé l'assuré au Centre d'imagerie médicale I._____, pour réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM). Dans un rapport d'IRM du 24 avril 2017, le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a décrit comme il suit l'indication à cet examen :

« Apparition d'une gonalgie droite aiguë après s'être mis à genoux, aggravée par la mobilisation avec blocage partiel et forte tuméfaction. Suspicion d'une lésion méniscale avec luxation »

Ce radiologue a fait les constatations suivantes :

« **Conclusion**

IRM du genou droit mettant en évidence un important épanchement intra-articulaire et des signes d'inflammation synoviale probablement réactionnelle. Dégénérescence mucoïde de grade 2 de la corne postérieure du ménisque interne sans véritable déchirure méniscale ni fragment luxé visible. Pas de lésions ostéochondrales décelables au niveau fémorotibial. Signes de chondromalacie fémoropatellaire (cf. commentaires). Pas de fractures occultes objectivables. Pas de corps libres intra-articulaires visibles. »

Dans un rapport médical du 27 avril 2016 [recte : 2017], le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé avoir reçu l'assuré le jour même à sa consultation. Il ressort de ce rapport que son patient avait été victime d'une « hyper flexion avec torsion du genou droit en passant l'aspirateur à la maison » en date du 15 avril 2017. Il avait ressenti des douleurs immédiates qui avaient motivé une consultation chez son médecin traitant. Le Dr E._____ a exposé qu'une IRM, réalisée le 24 avril 2017 en raison d'une suspicion de lésion méniscale, avait mis en évidence « une lésion méniscale interne nette » du genou droit, sans autre pathologie particulière. A l'examen clinique, le Dr E._____ a constaté une flexion

limitée à 110 ° et une extension incomplète avec un manque d'extension d'environ 5 °. En outre, un test de MacMurray et une palpation de l'interligne articulaire interne se sont révélés positifs. Un nouvel examen de l'IRM a confirmé une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne. Au vu de ces éléments, une arthroscopie opératoire a été planifiée.

Le 28 avril 2017, le Dr E. _____ a procédé à une arthroscopie opératoire du genou droit, avec méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne, shaving chondroplastie du condyle fémoral interne et résection synoviale. Le diagnostic post-opératoire était le suivant :

« petit flap-tear de la corne postérieure du ménisque interne, nombreuses inclusions de cristaux aussi bien du condyle fémoral interne qu'externe que t/p ainsi que dans la synovie pouvant correspondre à de la chondrocalcinose, chondromalacie stade 2 du condyle fémoral interne, hypertrophie synoviale. »

B. _____ SA a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son avis du 14 juin 2017, le médecin-conseil précité a constaté que l'assuré présentait une lésion assimilée à un accident, sous la forme d'une déchirure méniscale, estimant toutefois qu'elle présentait une origine essentiellement dégénérative. Il a indiqué que l'opération du 28 avril 2017 était indiquée, mais que le traitement portait sur une atteinte qui n'était pas d'origine accidentelle. Le Dr F. _____ a en outre précisé ce qui suit :

« Meniskusriss beweist Unfall Ø.
Es bestehe bereits degenerative Veränderungen.
Ø geeignetes Ereignis.
Lediglich akuter Beginn eines degenerativen Leidens.
=> Unfallfallfremden, degeneratives Leiden »

Par courrier du 22 juin 2017, B. _____ SA a informé l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge l'évènement du 15 avril 2017,

précisant qu'il pouvait demander une décision s'il contestait le refus de prester.

Par courrier du 29 juin 2017, l'assuré a contesté le refus de prise en charge. Il a décrit à nouveau l'événement du 15 avril 2017 en indiquant qu'en passant l'aspirateur, il s'était agenouillé pour avoir un meilleur accès sous le lit. En pivotant sur le sol dur, l'armoire qui se trouvait derrière le lit avait retenu, ou entravé, sa jambe droite, ce qui, avec l'élan, avait provoqué une douleur subite dans le genou droit (« *Beim Abdrehen auf dem harten Boden wurde ich durch den dahinterstehenden Schrank am rechten Bein behindert, was durch den Elan und die Einwirkung dieser Bewegung einen plötzlichen, stechenden Schmerz im rechten Knie auslöste.* »).

B._____ SA a resoumis le cas au Dr F._____ pour avis sur les éléments résultants du courrier de l'assuré du 29 juin 2017. Par rapport du 18 juillet 2017 (daté de manière erronée du 25 octobre 2017, cf. pièces 9 et 10 du recourant), le médecin-conseil a maintenu son point de vue relatif à l'absence de déchirure méniscale d'origine traumatique et au caractère essentiellement dégénératif et maladif des atteintes constatées.

Le Dr E._____ a établi un certificat médical le 2 août 2017. Il a mentionné qu'« *anamnestiquement, le patient relat[ait] une hyper flexion, glissade et torsion de son genou droit, en passant l'aspirateur.* » Il a exposé qu'une IRM avait démontré une lésion du ménisque interne de ce genou et une effusion intra-articulaire importante. L'arthroscopie pratiquée par la suite avait permis de constater une lésion en flap de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que la présence d'inclusions micro-calciques compatibles avec une chondrocalcinose. Il y avait également une petite chondromalacie du condyle fémoral interne, sur une petite surface. Les suites opératoires avaient été favorables, avec un retour à la normale quelques semaines après l'intervention. Du point de vue du Dr E._____, il y avait tous les éléments et ingrédients d'un accident avec un effet soudain et unique dans le temps et dans l'espace,

une torsion du genou à la suite d'une glissade et une lésion consécutive,
« *c'est-à-dire une lésion du ménisque interne de ce genou.* »

Par décision du 17 août 2017, B._____ SA a refusé d'allouer des prestations d'assurance au motif que les atteintes à la santé subies par l'assuré n'avait pas pour origine un accident et ne relevaient pas de la notion de lésion assimilée à un accident en raison de leur caractère essentiellement dégénératif et maladif.

Dans le cadre de la procédure d'opposition qui s'en est suivie, l'assuré, désormais assisté de Me Gilles-Antoine Hofstetter, a produit un rapport médical du Dr E._____ du 13 septembre 2017. Ce spécialiste a notamment exposé ce qui suit :

« J'ai bien relu la constatation et le mot très sommaire du Dr. F._____, médecin-conseil de B._____ SA, qui arbitrairement déclare que c'est une lésion dégénérative, alors qu'il n'a aucun document en sa possession qui permet d'affirmer cela.

Effectivement le patient subit un événement unique dans le temps et dans l'espace, avec torsion de son genou droit, le 15.04.2017.

Une IRM de ce genou droit du 24.04.2017, confirmera la lésion du ménisque interne, qui semblait de grade 2 sur cette IRM, mais on ne peut pas exclure une fissuration de l'under surface du ménisque.

L'intervention du 28.04.2017, confirmera d'ailleurs un flap tear de la corne postérieure du ménisque interne, ce qui correspond donc à une déchirure nette, qui est certainement apparue lors de son traumatisme susmentionné.

Dès lors, et la jurisprudence le dit clairement, si nous avons un traumatisme adéquat et une lésion méniscale par exemple nette, même dans le cadre d'une petite pré-arthrose pré-existante, cette lésion doit être considérée comme une lésion traumatique, ce qui est clairement le cas chez A._____. »

Par décision sur opposition du 3 janvier 2018, B._____ SA a maintenu son refus de prester, estimant en substance qu'au vu des conclusions du Dr F._____, la lésion méniscale présentait essentiellement un caractère dégénératif et maladif.

B. Par acte du 30 janvier 2018, A._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a principalement conclu à la réforme de la décision

entreprise, B._____ SA étant tenue de prêter pour les suites de l'évènement du 15 avril 2017. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée, celle-ci étant renvoyée à l'assureur-accidents pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant a en outre requis la mise en œuvre en tant que de besoin d'une expertise médicale judiciaire pour déterminer la vraisemblance d'un lien de causalité naturelle entre la lésion méniscale et l'évènement litigieux. Il a fait grief à B._____ SA d'avoir retenu l'exigence d'un facteur extérieur qui n'aurait plus court d'après les modifications législatives intervenues, d'avoir nié l'existence d'une lésion méniscale et d'avoir considéré que la lésion serait due de manière prépondérante à la maladie ou à l'usure. Il a critiqué la valeur probante des rapports du médecin-conseil alléguant que les rapports du Dr E._____ laissaient planer des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales du Dr F._____. Le recourant a enfin fait grief à B._____ SA de ne pas avoir examiné la question d'une éventuelle rechute de l'accident de ski subi en l'an 2012, à la suite duquel il avait déjà subi une lésion au même genou, ce qui justifiait un complément d'instruction.

B._____ SA a conclu au rejet du recours le 22 mai 2018. Elle a notamment produit en annexe à son écriture un rapport médical du Dr F._____ du 25 juin 2018. L'assureur-accidents a considéré que la lésion subie par le recourant était consécutive au fait que ce dernier s'était mis genou pour passer l'aspirateur sous son lit, soit un acte de la vie courante qui ne permettait pas de faire passer au second plan les pathologies dégénératives constatées (la chondromalacie de stade II et la chondrocalcinose). S'agissant de la valeur probante des rapports de son médecin-conseil, B._____ SA n'a pas identifié d'éléments propres à les remettre en cause.

Par réplique du 14 juin 2018 et duplique du 18 septembre 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives.

Par avis du 10 avril 2019, le juge instructeur a rejeté les mesures d'instruction complémentaires requises et annoncé un jugement dès que la charge du tribunal le permettrait.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. Il appartient à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner

l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a ; 119 V 350 consid. 1b ; TFA U 259/00 du 18 mars 2001 *in* SJ 2001 II 212)

b) En l'occurrence le recourant a évoqué un éventuel rapport de causalité entre les lésions de son genou droit et un accident qu'il avait subi au mois de février 2012, dont les suites avaient à l'époque été prises en charge par l'intimée. Il a reproché à cette dernière de n'avoir effectué aucune mesure d'instruction sur ce point, alors que l'éventualité d'une rechute ou d'une séquelle tardive « ne saurait être exclue. »

Or l'opposition du 24 août 2017 n'a pas porté sur ce dernier aspect. Certes, le recourant a effectivement répondu aux questions complémentaires de l'intimée, le 26 avril 2017, indiquant qu'il avait déjà ressenti, à la suite d'un accident de ski le 27 février 2012, des symptômes similaires à ceux qu'il avait récemment annoncés. Toutefois, aucun document médical au dossier n'a mentionné, comme éventuelle cause des lésions constatées, cet accident de ski. Le recourant lui-même n'a pas évoqué une éventuelle séquelle tardive ou rechute dans ses différentes correspondances à l'intimée, notamment dans son opposition à la décision du 17 août 2017. Sa médecin traitante ne l'a pas davantage évoquée. On ne saurait reprocher à l'intimée, dans ces circonstances, de n'avoir pas ordonné de mesure d'instruction particulière sur ce point et de n'avoir finalement pas statué sur une éventuelle rechute ou séquelle tardive, se limitant à nier son obligation de prêter en relation avec l'événement du 15 avril 2017. Ce n'est, finalement, que dans son recours du 30 janvier 2018 que le recourant a évoqué, pour la première fois, d'éventuelles conséquences de l'accident du 27 février 2012.

A défaut de tout examen de la question par l'intimée à ce stade, il n'appartient pas à la Cour de céans de statuer sur ce point, pour la première fois, en instance de recours. Les conclusions du recourant sont donc irrecevables en tant qu'elles portent sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge une rechute ou une séquelle tardive de l'accident du 27

février 2012. Il appartiendra à l'intéressé de demander à l'intimée d'examiner cette question et de rendre une décision.

c) En définitive, le litige porte sur la prise en charge de l'événement du 15 avril 2017 par l'intimée, plus particulièrement sur le point de savoir si les atteintes à la santé présentées par le recourant sont d'origine accidentelle ou sont assimilées à un accident.

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

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est

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

b) En l'occurrence, les descriptions de l'événement litigieux faites par le recourant à l'intimée ou à ses médecins ont varié. Dans un premier temps, il a uniquement mentionné une douleur intense dans le genou droit en s'agenouillant pour passer l'aspirateur. On peut se référer sur ce point, à la description faite en réponse aux questions complémentaires que lui a adressées l'intimée. Par la suite, il a exposé que sa jambe avait été bloquée ou entravée par l'armoire qui se trouvait derrière lui, et a même fait état d'une glissade au Dr E._____. Ces nouvelles versions de l'état de fait ne peuvent pas être tenues pour établies, eu égard notamment à la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations du recourant faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

Il convient ainsi de s'en tenir à la première description, sans aucune notion de mouvement brusque, de glissade ni de blocage de sa jambe par une armoire. Dans ces circonstances, il convient de nier

l'existence d'un facteur extérieur, et *a fortiori* celle d'un facteur extérieur extraordinaire.

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

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

b) En l'occurrence, une lésion méniscale est établie, de sorte qu'il y a bien une lésion assimilée à un accident (art. 6 al. 2 LAA let. c). L'intimée ne le conteste d'ailleurs pas. Elle soutient toutefois que cette lésion méniscale est essentiellement d'origine malade, ce qui la libérerait de son obligation de prester. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur les constatations de son médecin conseil. Pour sa part, le recourant en a contesté la valeur probante et demandé une expertise judiciaire, au vu notamment des constatations contraires du Dr E. _____ (cf. rapports des

2 août et 13 septembre 2017 ; voir aussi protocole opératoire du 28 avril 2017).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) En l'espèce, les rapports établis par le Dr F._____ sont probants. Il les a établis sur la base d'un dossier complet. Il n'a certes pas procédé à un examen clinique, mais ce dernier aurait été inutile pour se prononcer sur les questions litigieuses, en particulier après l'intervention pratiquée par le Dr E._____.

A ce titre, le Dr F._____ a exposé dans son rapport du 18 juillet 2017, littérature scientifique à l'appui, que les déchirures du ménisque ne prouvaient pas un lien de causalité avec l'accident, car il est scientifiquement avéré que les déchirures du ménisque peuvent être traumatiques, mais aussi dégénératives. Il a considéré que l'atteinte à la santé litigieuse était une lésion isolée du ménisque, ce que les parties ne contestent pas ; *a contrario*, il ne s'agissait pas d'une lésion combinée. Le Dr F._____ a exposé que l'événement du 15 avril 2017 n'était pas propre à provoquer une lésion isolée du ménisque. D'après la littérature citée, les ménisques ne contribuent que de manière très accessoire à la stabilisation de l'articulation du genou. Ils protègent avant tout contre les mouvements de basculement latéraux. L'articulation du genou est stabilisée pour l'essentiel par l'appareil ligamento-capsulaire, en plus de la musculature qui entoure l'articulation. Les ménisques sont donc une structure protégée par l'appareil ligamento-capsulaire. Autrement dit, les déchirures traumatiques du ménisque se produisent en combinaison avec une lésion ligamento-capsulaire ou des lésions osseuses, ce qui n'est pas

le cas dans la situation du recourant. En effet, aucune autre lésion traumatique structurelle objectivable significative n'a été démontrée ni documentée (absence de lésions ligamento-capsulaires significatives, d'ébréchures osseuses du ligament croisé antérieur ou du ligament interne, voire de conséquences d'une fracture par impaction du tibia, ni dans l'imagerie, ni au plan peropératoire). Le Dr F._____ a encore précisé que selon la littérature scientifique spécialisée, le ménisque était logé dans un appareil ligamento-capsulaire et dans les surfaces articulaires de telle sorte qu'un choc externe ne pouvait entraîner une déchirure du tissu du ménisque que si les structures voisines étaient également lésées, situation non réalisées dans le cas du recourant. Une déchirure isolée du ménisque pouvait néanmoins se produire en cas de chute avec torsion, hypothèse également non réalisée en l'espèce dès lors que la position agenouillée en passant l'aspirateur n'exerçait pas la force exigée. De l'avis du Dr F._____, l'imagerie réalisée a permis d'exclure des lésions concomitantes déterminantes, notamment les « Bone Bruises » (signal anormal dans l'os sous-chondral adjacent), qui sont des signes indirects d'une application considérable de force.

Par ailleurs, le Dr F._____ a exposé qu'au moment des faits, le recourant, alors âgé de 58 ans, figurait dans une classe d'âge dans laquelle les lésions du ménisque le plus fréquemment observées étaient principalement dégénératives. La survenance soudaine des troubles ne prouvait pas davantage un lien de causalité accident. Selon la littérature citée par le Dr F._____, les déchirures du ménisque pouvaient se manifester de façon insidieuse et être associées à une perte de fonction soudaine très impressionnante (p. ex. lorsque le ménisque se coince dans l'espace articulaire). Une problématique de coincement ressentie comme un accident pouvait ainsi relever d'une manifestation de changements maladifs. Le médecin conseil a mis en évidence les atteintes dégénératives, soit une chondrocalcinose, ainsi que des altérations du cartilage, diagnostiquées tant par l'imagerie et que sur le plan peropératoire. Il en a conclu que la déchirure du ménisque n'était pas traumatique, situation exclue au vu de l'imagerie et des premières déclarations probantes du recourant, mais dégénérative.

Dans son rapport du 25 juin 2018 enfin, le Dr Bichsel a encore souligné la contradiction entre les conclusions du Dr E._____ (rapport du 13 septembre 2017) et la dégénérescence du ménisque observée par le Dr D._____, ainsi que les diagnostics posés en post-opératoire par le même Dr E._____ (notamment atteintes chondrocalciniques).

Au vu de ces rapports, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante aux atteintes dégénératives précitées (cf. consid. 5a *supra*).

Les rapports du Dr E._____, notablement moins motivés que ceux du Dr F._____, ne permettent pas de jeter un doute sérieux sur ce constat, surtout que le médecin traitant construit ses explications sur le déroulement d'un événement traumatique qui ne correspond pas aux faits constatés ci-avant, avec notamment une glissade ou un coincement qui n'ont pas été établis.

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

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision entreprise confirmée.

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition du 3 janvier 2018 rendue par B. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour le recourant),
- Me Isabelle Jaques (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :