

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

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

et

H. _____ **ASSURANCE**, à [...], intimée, représentée par Me Sandrine
Berger, avocate à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, travaille pour le compte de [...] à [...] depuis le 1^{er} juillet 2011. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 10 mars 1981 ; RS 832.20) auprès de la H._____ Assurance (ci-après : la H._____ Assurance ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée le 10 janvier 2018, l'assuré a annoncé à la H._____ s'être blessé le genou gauche le 7 janvier 2018, selon les termes suivants :

« En jouant au football avec mon fils j'ai senti une douleur à mon genou gauche ».

S'agissant du type de lésion, il a fait état d'une entorse/foulure au genou gauche.

A la demande du Dr M._____, consulté le 23 janvier 2018, l'assuré s'est soumis à une IRM [imagerie par résonance magnétique] le même jour. Les conclusions de la Dre [...], spécialiste en radiologie, qui a réalisé l'IRM, sont les suivantes :

« Signes de dysplasie fémoro-patellaire avec chondropathie grade III. Pas de lésion ostéo-cartilagineuse significative des compartiments fémoro-tibiaux. Déchirure oblique non déplacée de la corne postérieure du ménisque interne. Lésion grade I du LLI. Petit kyste de Baker rompu ».

Le Dr M._____ a complété un certificat médical LAA (date inconnue). Il posé le diagnostic de déchirure MICP (ménisque interne corne postérieure) du genou gauche et retenu que l'assuré avait subi une entorse au genou gauche.

Le Dr P._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de la H._____ Assurance, a complété un formulaire rédigé en langue

allemande le 8 mars 2018, indiquant que l'assuré présentait une lésion du ménisque, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Il a répondu "oui" à la question de savoir si la lésion était principalement (plus de 50%) liée à une maladie ou à l'usure. Sous point 6 du formulaire intitulé "Bemerkungen", les remarques du Dr P. _____ sont illisibles.

Par courrier du 11 avril 2018, la H. _____ Assurance a informé l'assuré qu'elle n'entendait pas prendre en charge l'événement du 7 janvier 2018. Elle a considéré qu'il n'avait pas été victime d'un accident, en l'absence de cause extérieure extraordinaire à l'origine de la lésion méniscale diagnostiquée au genou gauche. Par ailleurs, si l'assuré présentait bien une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'atteinte était due de façon prépondérante (plus de 50%) à l'usure ou à une maladie de sorte que le sinistre ne pouvait être pris en charge par l'assureur-accidents.

Le 12 avril 2018, l'assuré a contesté le préavis de la H. _____ Assurance, exposant qu'il avait subi un choc au genou alors qu'il jouait au football, lequel lui avait causé une forte douleur. Il avait par la suite été traité pour les lésions subies aux ligaments, les contusions et les douleurs ressenties à l'arrière du genou et non pas pour les lésions du ménisque identifiées par l'IRM.

La H. _____ Assurance a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie, qui s'est déterminé par avis rédigé en allemand le 6 juin 2018 et dont la teneur est, en substance, la suivante :[traduction libre]

dégénératif « pas d'accident, pas de lésions corporelles, remaniement considérable.
il existe une dégénérescence du cartilage importante qui n'est pas traumatique et un petit kyste de Baker rompu.
Cet état antérieur a provoqué gonflements et épanchements, qui ont causé des douleurs. De plus, il y a encore une déchirure du ménisque médial, causée par un développement dégénératif.
Tous ces constats n'ont pas été provoqués par la pratique du foot raison pour laquelle on n'est pas en présence d'un dommage suite à un accident.

Le léger œdème du ligament latéral n'est pas de nature à créer un épanchement du genou ni à provoquer les plaintes décrites par le patient ».

La H. _____ Assurance a maintenu sa position par décision du 18 juin 2018.

L'assuré, sous la plume de son conseil Me Gilles-Antoine Hofstetter, s'est opposé à cette décision par courrier du 25 juin 2018, répétant que les douleurs au genou gauche étaient bien survenues à la suite d'un choc, qui avait provoqué un gonflement du genou et un problème ligamentaire. L'événement du 7 janvier 2018 était par conséquent d'origine accidentelle, la condition de la cause extérieure extraordinaire étant en particulier réalisée. Par ailleurs, les lésions au ménisque, ainsi qu'au ligament et tendon interne justifiaient à elles seules une prise en charge par l'assureur-accidents, en vertu des art. 4 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 803.1] et 6 al. 2 LAA.

Par courrier du 5 juillet 2018, l'assuré, sous la plume de son avocat, a informé la H. _____ Assurance qu'il ne présentait plus de séquelle de la lésion subie ensuite de l'événement du 7 janvier 2018. L'évolution favorable de son état de santé amenait à s'interroger sur le bien-fondé de l'avis du médecin-conseil de l'assureur-accidents.

Dans un rapport daté du 6 juillet 2018, le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a indiqué que l'assuré l'avait consulté le 2 février 2018 en raison d'une tuméfaction douloureuse de son genou gauche survenue à la suite d'un choc. Son appréciation de la situation est la suivante :

« Mon examen clinique vérifiait des douleurs du compartiment interne pouvant laisser suggérer d'une atteinte méniscale à l'origine des symptômes. Une IRM de son genou gauche a été réalisée le 23 janvier 2018, confirmant une déchirure non déplacée de la corne postérieure du ménisque interne, au-delà d'une lésion grade I du ligament latéral interne liée à l'événement accidentel. Il se rajoute à cet examen un petit kyste de Baker rompu et des signes de dysplasie fémoro-patellaire avec chondropathie grade II, soit des

atteintes banales pour un sportif de l'âge de l'assuré ayant pratiqué durant de longue année le football et sans lien avec la clinique comme aux plaintes alléguées par ailleurs sans lésion ostéo-cartilagineuse significative des compartiments fémoro-tibiaux pouvant témoigner d'une gonarthrose manifeste.

Au-delà des conseils d'usages de repos sportif et de prise de médicaments antalgiques à la demande, je lui ai proposé un chondroprotecteur et de me reconsulter en cas d'aggravation des symptômes. Restant dès lors sans nouvelle, vous m'apprenez sans surprise par votre courrier du 5 courant que le patient ne présente pour ainsi dire aucune séquelle, renforçant dès lors mon sentiment de l'époque d'une évolution naturellement favorable dans ce type de situation traumatique chez un patient qui n'avait pas jugé nécessaire de reconsulter en regard de l'absence vraisemblable de blocage, d'instabilité ou de persistance d'épanchement de son genou incriminé, lésion méniscale interne symptomatique qui aurait pu conduire à des suites éventuellement chirurgicales ».

A la demande de Me Hofstetter, le Dr Q. _____ a complété son rapport du 6 juillet 2018, par les termes suivants :

« Je confirme que nous sommes dans le cas particulier en présence d'une lésion accidentelle due, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit plus de 50%) à l'événement du 7 janvier 2018 ».

Par décision sur opposition du 21 août 2018, la H. _____ Assurance a confirmé la teneur de sa décision du 18 juin 2018. Elle a considéré que le sinistre n'était pas de nature accidentelle, le caractère extraordinaire du facteur extérieur faisant en particulier défaut. Le cas avait également été examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, dès lors que la lésion méniscale ainsi que la lésion du ligament latéral interne étaient des lésions assimilées à un accident au sens de cette disposition. Cela étant, l'IRM du 23 janvier 2018 permettait de considérer que ces lésions étaient d'origine essentiellement dégénérative.

B. Par acte du 20 septembre 2018, K. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition du 21 août 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée versera au recourant les prestations de l'assurance-accidents relatives au sinistre litigieux, et subsidiairement à son annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à

l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Au titre des mesures d'instruction, l'assuré a requis qu'une expertise médicale orthopédique et/ou de rhumatologie soit ordonnée, afin de déterminer si les lésions apparues ensuite du sinistre du 7 janvier 2018 sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, ou au contraire en lien avec l'accident. En substance, le recourant répète qu'il a subi un choc au genou le jour de l'événement litigieux, ce qu'atteste en particulier le Dr Q. _____ dans son rapport du 6 juillet 2018. Il expose par ailleurs qu'en présence d'une lésion assimilées à un accident, il appartient à l'assureur-accidents de prouver qu'une telle lésion est due essentiellement à l'usure ou à une maladie. En l'occurrence, l'avis du médecin-conseil de l'intimé n'était pas de nature à renverser la présomption selon laquelle les lésions constatées du ménisque étaient à charge de l'assurance-accidents.

Me Sandrine Berger a répondu le 25 octobre 2018 pour l'intimée, en concluant au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. En substance, elle a considéré que l'existence d'un accident n'était pas établie au degré de vraisemblance requis, soulignant en particulier que l'assuré n'avait pas mentionné avoir subi un choc dans la déclaration d'accident-bagatelle LAA du 7 janvier 2018. Par ailleurs, les lésions constatées sur la base de l'IRM du 23 janvier 2018 étaient dues à plus de 50% à la maladie ou à l'usure, de sorte que le cas n'était pas non plus à charge de l'assurance-accidents.

Par réplique du 15 novembre 2018, l'assuré a reproché à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit la cause, en ne se renseignant pas sur les circonstances du sinistre. Les rapports des médecins conseils n'étaient par ailleurs pas motivés de façon adéquate, contrairement à celui du Dr Q. _____, qui expliquait de manière circonstanciée la présence de deux lésions de nature accidentelle (déchirure et lésion ligamentaire), aux côtés desquelles était présente une atteinte dégénérative (la chondropathie).

Le 19 décembre 2018, l'intimée a constaté qu'il existait manifestement une contradiction entre les rapports des médecins-conseils et l'avis du Dr Q._____. Elle a exposé cependant que l'attestation de ce médecin avait été établie bien après les faits et sur demande insistante du conseil du recourant. En outre, l'avis du Dr Q._____ manquait d'objectivité, ce dernier étant le médecin traitant de l'assuré. De plus, il s'était fondé sur les faits tels que l'assuré lui les avait présentés. L'intimée a ajouté les observations suivantes:

« Cela étant, si la Cour devait estimer que les éléments médicaux au dossier ne permettent pas de déterminer si la lésion évoquée par le recourant est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, respectivement que l'avis du Dr Q._____ est de nature à mettre en doute cette constatation, il y aura lieu d'ordonner une expertise ».

Par courrier du 20 décembre 2018, le recourant a confirmé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise, constatant que la partie adverse semblait se ranger à cette mesure d'instruction préalable.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux le point de savoir si l'intimée, en tant qu'assureur-accidents, doit prendre en charge les suites de l'événement annoncé le 10 janvier 2018.

3. 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. 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 LPGGA).

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

c) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

e) 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

4. 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) et 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).

5. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

a) Dans le domaine des assurances sociales, 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. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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 et les références; ATF 130 I 180 consid. 3.2).

b) En ce qui concerne la preuve, 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 142 V 435 consid. 1; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe 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.

6. a) En l'occurrence, en ce qui concerne le déroulement de l'événement annoncé par déclaration du 10 janvier 2018, l'assuré a indiqué à la H. _____ Assurance que le 7 janvier 2018, alors qu'il jouait au football avec son fils, il avait ressenti une douleur au genou (déclaration d'accidents-bagatelle LAA du 10 janvier 2018). Il attribuait alors l'atteinte subie à une torsion ou une foulure (point 9 de la déclaration d'accidents-bagatelle). Le Dr Gontran, qui a examiné l'assuré le 23 janvier 2018, a mentionné dans le certificat médical LAA, en reprenant les indications de l'assuré, "entorse genou gauche en foot". L'assuré évoque cependant par la suite, dans le cadre de son opposition du 12 avril 2018,

avoir subi un choc au niveau du genou, ce qui lui aurait causé les tuméfactions douloureuses survenues après sa partie de football.

L'examen des pièces au dossier ne permet pas de déterminer le mécanisme et les circonstances exactes dans lesquels sont survenues les douleurs au genou gauche, faute pour l'assureur-accidents d'avoir suffisamment investigué ce point. Quoi qu'il en soit, la question du déroulement de l'accident n'est pas déterminante dans le cas d'espèce. En effet, en présence d'une blessure au ménisque et aux ligaments, le cas de l'assuré doit s'examiner, à ce stade tout au moins, à l'aune de l'art. 6 al. 2 LAA (consid. 4a *supra*).

b) En l'occurrence, une IRM du genou effectuée le 23 janvier 2018 a mis en évidence une chondropathie, une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne, une lésion grade I du ligament latéral interne ainsi qu'un petit kyste de Baker rompu. Pour les Dr P._____ et D._____, médecins-conseils de la H._____ Assurance, la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que la lésions du ligament latéral interne, sont d'ordre purement dégénératif. Le Dr D._____, dont l'avis est à peine plus détaillé que celui du Dr P._____, expose en effet que l'assuré présente des lésions cartilagineuses significatives d'origine dégénérative. La présence d'un kyste de Baker parle par ailleurs en faveur d'un état antérieur dégénératif. Il exclut toute origine traumatique aux lésions révélées par l'IRM du 23 janvier 2018, précisant encore que la déchirure du ménisque médial est le résultat d'une évolution dégénérative et que le léger œdème du ligament latéral n'est pas de nature à créer une enflure du genou ni à provoquer les symptômes décrits. Sur la base de ces constats, il considère que l'état du genou de l'assuré est dû de manière prépondérante à l'usure, de sorte qu'il n'est pas à charge de l'assurance-accidents. Ce faisant, il ne fournit guère d'explications objectives permettant de comprendre pour quelles raisons il arrive à la conclusion que les lésions au ménisque et aux ligaments ne seraient pas de nature accidentelle.

Cet avis est au demeurant contredit par celui du Dr Q._____. Ce médecin explique que les troubles dégénératifs observés à l'IRM ont toujours été asymptomatiques, et que le recourant a consulté en raison de lésions aiguës distinctes de ces problèmes dégénératifs, ce dans les suites immédiates d'un évènement de nature accidentel. Il existe ainsi selon lui deux lésions de nature accidentelle (déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et lésion du ligament latéral interne), au côté d'une atteinte purement dégénérative, à savoir la dysplasie fémoro-patellaire avec chondropathie. Il n'explique cependant pas d'avantage les raisons qui le poussent à prendre de telles conclusions.

A la lumière de ces rapports médicaux, il apparait que le médecin-conseil de l'intimée retient une origine uniquement dégénérative à la déchirure du ménisque et la lésion du ligament latéral, alors que le médecin traitant est d'avis que les lésions méniscales internes et ligamentaires sont d'origine traumatique. La prise de position de chacun de ces médecins, opposée en tout point, est relativement peu détaillée et ne suffit pas à écarter un avis en faveur d'un autre. Le Dr Q._____ a toutefois expliqué de façon crédible que si l'assuré ne présentait plus de douleurs à six mois de l'évènement, c'est qu'une partie au moins des lésions constatées à l'imagerie étaient d'origine accidentelle. Au vu de cette analyse, l'intimée ne pouvait en tout cas pas retenir que la prise en charge du recourant ne lui incombait pas, sans même soumettre le rapport du Dr Q._____ à l'avis de son médecin-conseil.

En l'état du dossier, en particulier au vu de la divergence entre les avis des Drs D._____ et Q._____ quant à la nature des atteintes que présente l'assuré au niveau de son genou gauche, la question de la prise en charge reste indécise. Il y a dès lors lieu de procéder à une analyse plus poussée de l'état du genou du recourant afin de déterminer l'origine des lésions méniscales et ligamenteuses.

c) A ce stade, il appartiendra en conséquence à l'intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires notamment sous la

forme d'une expertise selon l'art. 44 LPGA aux fins d'éclaircir la situation médicale du genou gauche du recourant.

7. **a)** En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à la H._____ Assurance pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer équitablement à 2'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 21 août 2018 par la H._____ Assurance est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. H._____ Assurance versera à K._____ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles Hofstetter, avocat à Lausanne (pour K._____),
- Me Sandrine Berger, avocate à Lausanne (pour la H._____ Assurance),
- Office fédéral de la santé publique (à Berne),

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).

La greffière :