

200.2015.623.LAA

WIC/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 22 septembre 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Haag-Winkler, greffière



A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Helsana Accidents SA
pour adresse: Droit des assurances Romandie - Accident
Avenue de Provence 15, case postale 839, 1001 Lausanne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 2 juin 2015

En fait:

A.

Par déclaration de sinistre bagatelle LAA du 9 septembre 2013, l'employeur d'A._____, né en 1969, engagé en tant que chef de cuisine depuis le 16 novembre 2006, a annoncé à son assureur-accidents, Helsana Assurances SA, que son employé avait subi un accident le 29 mai 2013. L'accident était décrit comme suit: "*Lors d'un match de football, A._____ a reçu un coup derrière le genou droit*". Il était également indiqué que le genou droit avait subi une contusion ("*Prellung*"). L'assuré a subi une intervention chirurgicale du genou droit en date du 6 novembre 2013. Au moyen d'une seconde déclaration d'accident du 4 novembre 2013 (rechute), l'employeur a informé son assureur que son employé était désormais en incapacité de travail depuis le 2 novembre 2013 en raison du même accident. Par décision du 27 janvier 2014, l'assureur a mis fin aux prestations rétroactivement au 28 août 2013 (date de la première consultation médicale). L'incapacité de travail suite à l'intervention chirurgicale s'est prolongée jusqu'au 10 mars 2014, puis l'assuré a repris son activité professionnelle de cuisinier à 100%.

B.

L'opposition formée par l'assuré le 2 février 2014 contre cette décision a été admise par décision sur opposition du 2 juin 2015, en ce sens que l'assureur a accepté d'étendre le droit aux prestations jusqu'au 16 mai 2014, date retenue pour le *statu quo sine*.

C.

Par acte du 3 juillet 2015, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision sur opposition attaquée, à ce que les atteintes soient prises en charge par l'assureur au-

delà du 16 mai 2014, subsidiairement à ce qu'une expertise médicale soit mandatée auprès d'un expert neutre et, plus subsidiairement, à ce que le cas soit renvoyé à l'assureur pour son instruction complémentaire.

Dans son mémoire de réponse du 27 juillet 2015, l'assureur a conclu à ce que le recours soit rejeté sous suite de frais et dépens.

Les parties ont répliqué et dupliqué en date des 13 et 18 août 2015.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 2 juin 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie dès le 16 mai 2014 le droit aux prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'événement survenu le 29 mai 2013. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la poursuite des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 mai 2014. Est en particulier litigieux le lien de causalité entre l'événement survenu le 29 mai 2013 et les atteintes du recourant qui persistent au-delà du 16 mai 2014.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 30 et 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Est réputé accident 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).

2.2 L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2.1 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3). 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet

entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Les exigences en matière de preuve de la causalité naturelle ne se recouvrent pas toujours en médecine et en droit. Il se peut dès lors qu'un lien de causalité naturelle soit admis juridiquement sur la base de l'expérience en médecine (des accidents), bien qu'une preuve incontestable ne puisse pas être apportée par la science médicale (ATF 117 V 369 c. 3e). 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 accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3).

2.2.2 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). Le point de savoir si un accident se trouvant en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé survenue présente aussi un rapport de causalité adéquate avec celle-ci – condition mise au droit à des prestations de l'assurance-accidents – est une question de droit, qu'il convient de trancher en appliquant les règles développées par la doctrine et la jurisprudence. Contrairement à la causalité naturelle, qui est une question de fait, la causalité adéquate, en tant que question de droit, ne doit pas être examinée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante (ATF 112 V 30 c. 1b).

2.3 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé, soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui

concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.4 On entend par rechute, la récurrence d'une atteinte tenue pour guérie, laquelle nécessite un traitement médical ou entraîne même une incapacité de travail (ou une prolongation de celle-ci). Il y a séquelle tardive lorsqu'une affection apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui peuvent conduire à un état pathologique complètement différent (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 2003 p. 337 c. 2). En cas de rechute ou de séquelle tardive, une obligation de prester de l'assureur-accidents n'existe que si les troubles nouvellement allégués et les atteintes à la santé subies lors de l'accident assuré se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate. Une obligation de prestation en cas de rechute ou de séquelle tardive ne découle pas du seul fait qu'un lien de causalité avait été reconnu dans le cas antérieur de base ou lors d'une rechute précédente (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 1994 p. 326 c. 2 et 3b). Il incombe bien plus à la personne requérant des prestations d'établir un lien de causalité naturelle entre les symptômes allégués en tant que rechute ou séquelle tardive et l'accident assuré. Ce n'est que si la causalité est prouvée selon un degré de vraisemblance prépondérante qu'une nouvelle obligation de prester de l'assureur-accidents naît (TF 8C_102/2008 du 26 septembre 2008 c. 2.2). Plus le laps de temps séparant l'accident et l'apparition de l'atteinte à la santé alléguée est important, plus les exigences posées seront sévères pour pouvoir admettre la vraisemblance prépondérante de l'existence d'un lien de causalité naturelle (RAMA 1997 p. 188 c. 1c).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

Les éléments suivants ressortent du dossier.

3.1 L'IRM du 26 septembre 2013 a révélé un "*zirka 2,4 cm² grosser, scharf begrenzter Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus. Erheblicher Kniegelenkerguss. Nicht dislozierter, zur Unterfläche reichender Schrägriss des Hinterhorns des medialen Meniskus*". Dans le rapport de l'intervention chirurgicale du 6 novembre 2013, le chirurgien orthopédiste traitant a indiqué pour le genou droit du recourant: "*mediale posttraumatische Meniskus-Hinterhorn-Läsion, ausgedehnte Knorpelläsion Grad 4 am medialen Femurkondylus in der Hauptbelastungszone, mehrere freie Gelenkkörper (Knorpelfragmente)*".

3.2 Le 19 novembre 2013, un collaborateur de l'intimée a pris contact par téléphone avec le recourant, suite à l'intervention chirurgicale subie le 6 novembre 2013. Dans sa notice téléphonique, il a indiqué, s'agissant des faits, que "*suite à son accident de mai 2013, [le recourant] a laissé traîner*

en se disant que ça passerait, et avait de plus en plus mal. Un jour en faisant du footing, il a ressenti une vive douleur et ne pouvait plus bouger, il a décidé de consulter". Dans son rapport du 2 décembre 2013, l'inspecteur des sinistres, qui s'est entretenu avec le recourant en date des 25 et 29 novembre 2013, a relaté que suite au coup, *"la douleur avait été violente, au point que l'assuré a dû cesser de jouer"*. Selon l'inspecteur, le recourant a expliqué avoir pu aller travailler le lendemain malgré la douleur, qui s'était *"quelque peu estompée"*, mais qu'il avait précisé *"avoir été victime de blocages fréquents du genou droit, très douloureux"*. Ayant repris le football après deux semaines, le recourant *"a constaté que les douleurs s'intensifiaient, accompagnées d'une importante enflure du genou, qui diminuait au repos"*. Pensant que les douleurs allaient passer au fil du temps, le recourant *"a arrêté le football, pour se mettre au jogging, activité plus douce, en portant une genouillère"*. Enfin, l'inspecteur a expliqué que le recourant s'est décidé à consulter au début septembre 2013, car il a été *"victime de nouveaux blocages"* et que les douleurs ne s'amendaient pas. Le 3 décembre 2013, le médecin-conseil de l'intimée s'est exprimé en affirmant que d'un point de vue médical, il était possible que le mécanisme du déroulement de l'accident, tel qu'il a été décrit, ait été à même d'être à l'origine des atteintes constatées. Il a affirmé qu'au vu des troubles cartilagineux importants en zone de charge du compartiment fémoro-tibial interne et du fait qu'il y ait plusieurs corps libres dans le genou suite à la lésion démontraient que l'événement du 29 mai 2013 était une causalité aléatoire ayant révélé, mais non provoqué, ces lésions, ce d'autant plus que le recourant n'a consulté que plusieurs mois après. Il a mentionné l'existence d'une *"arthrose F-T interne +++"* comme facteur extérieur.

3.3 Sur l'avis de son médecin-conseil, l'intimée a mandaté un chirurgien orthopédiste pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 16 mai 2014, ce spécialiste a retenu les diagnostics de chondropathie dégénérative stade IV du condyle interne du genou droit, probable déchirure du ménisque interne droit présentant une méniscope, status après arthroscopie du genou droit le 6 novembre 2013. A la rubrique *"Anamnèse actuelle (selon les dires de l'assuré)"*, l'expert a relaté que suite au coup de pied par l'arrière reçu sur le genou droit, le recourant avait subi des *"douleurs au genou avec boiterie"*, le contraignant à quitter le terrain.

Puis il a ajouté "*les douleurs et la boiterie vont durer un à deux jours, puis disparaître, mais il va persister dès lors une discrète gêne dans le genou qui ne l'empêchera pas de continuer ses activités habituelles, en particulier professionnelles, durant tout le mois de juin 2013. Durant le mois de juillet 2013, il part en vacances et à son retour en août 2013, la gêne au genou persistant, il va consulter fin août 2013*". Dans la partie de l'expertise consacrée aux conclusions médicales, il a expliqué que concernant le ménisque, il ne pouvait exclure que le traumatisme ait causé une déchirure ou plutôt un complément de déchirure du ménisque interne droit qui présente clairement à l'IRM une lésion centrale importante typique d'un ménisque dégénératif. Il a donc retenu une causalité probable avec une déchirure du ménisque interne sur un ménisque présentant une lésion de type méniscale. S'agissant du cartilage, l'expert a estimé qu'il est impossible, vu le traumatisme, que celui-ci ait pu causer une lésion importante du cartilage du condyle interne droit au vu de l'évolution clinique somme toute mineure, puisque le recourant n'a pas consulté avant deux mois et demi et qu'il a pu poursuivre son activité professionnelle de chef cuisinier, qui exige de travailler debout, de marcher et de porter des charges. L'expert a constaté que ces faits sont totalement incompatibles avec une fracture par avulsion cartilagineuse, qui entraîne une hémarthrose massive et rend la marche pratiquement impossible dans les jours qui suivent le traumatisme. Il a noté en outre que l'IRM, même si elle a été réalisée trois mois plus tard, ne montre aucun signe d'œdème au regard de la lésion cartilagineuse. L'expert a affirmé qu'il s'agit clairement d'une lésion chronique cartilagineuse de type chondropathie en zone de charge. Ainsi, de l'avis de l'expert, l'événement n'a fait que révéler une pathologie asymptomatique préexistante, entraînant une péjoration provisoire, ayant peut-être aggravé la lésion méniscale. Il a fixé la date du *statu quo sine* à la date de l'expertise, soit à six mois de l'intervention chirurgicale, correspondant à la guérison de la méniscectomie, en précisant que le cas était stabilisé. Il a ajouté que l'évolution future du genou droit serait déterminée par la chondropathie, soit une maladie dégénérative.

Se prononçant à la demande du mandataire du recourant, le chirurgien orthopédiste traitant a pris position sur les conclusions de l'expert dans un courrier du 25 juillet 2014. Il est revenu sur l'anamnèse de l'expertise, qu'il

a estimée en totale contradiction avec les déclarations du recourant lors des consultations. Il a relevé que la "*discrète gêne*" dans le genou avait été décrite dans la lettre de transfert de la généraliste traitante comme une douleur que la thérapie non sétoridienne n'a pas permis d'atténuer. Il a ajouté que le recourant avait poursuivi son travail en dépit des douleurs jusqu'aux vacances en juillet 2013 et que selon son propre rapport initial, l'activité sportive habituelle incluant le jogging et du football n'était plus possible en raison de la persistance des douleurs, de tuméfactions récidivantes et d'épisodes où la jambe se dérobaient. Il a relevé que l'interprétation de l'expert manquait de cohérence, lorsqu'il a évoqué la présence de corps étrangers dans le récessus latéral, jugeant par la suite la présence de fragments d'articulation libres improbable, car elle aurait dû se traduire par des blocages du genou. Le chirurgien orthopédiste traitant a ensuite expliqué qu'en raison de l'absence de lésion de la corticale osseuse, il n'y avait pas eu de forte hémarthrose. Il a affirmé que les examens radiologiques réalisés n'avaient révélé aucun signe d'arthrose des articulations reproduites (genou gauche, hanches, cheville). L'arthroscopie du genou droit a révélé une couche de cartilage intacte et documentée dans le compartiment latéral et patello-fémoral, alors que la lésion du cartilage qui atteint l'os s'est manifestée au niveau du condyle fémoral médial. Il a précisé que le cartilage attenant était de bonne qualité et préservé dans sa pleine épaisseur. Il a encore ajouté qu'il n'était pas étonnant que les bords du cartilage de la lésion dans la zone de contrainte soient irréguliers, le recourant ayant mobilisé cette zone pendant plusieurs mois.

L'intimée a soumis l'avis précité du chirurgien orthopédiste traitant à l'expert, qui s'est exprimé le 3 décembre 2014. Il a précisé, s'agissant de l'anamnèse, qu'il avait demandé au recourant pourquoi il n'avait consulté que près de trois mois après l'événement et qu'il lui avait répondu qu'il avait eu mal après l'événement, mais que ses douleurs avaient bien diminué, lui permettant de continuer son activité professionnelle de cuisinier, travaillant essentiellement debout toute la journée. Il a ajouté que le recourant n'avait pas précisé de lâchages, mais essentiellement des douleurs qui l'auraient gêné lors de ses activités sportives, particulièrement en vacances. L'expert a ensuite relevé, s'agissant des petits corps libres trouvés dans le récessus

latéral, qu'étant donné qu'il s'agissait de plusieurs tout petits fragments et non d'un fragment unique correspondant à la lésion visualisée corroborait le fait qu'il s'agit de fragments anciens, typiques et classiques de chondropathies chroniques. Il a confirmé l'absence de signe d'arthrose sur le bilan radiologique, soulignant qu'il s'agissait d'une chondropathie, dont seule celle de stade IV peut être assimilée à une préarthrose, aboutissant à une arthrose avec le temps.

Dans un courriel du 30 janvier 2015, le chirurgien orthopédiste traitant du recourant a réagi à la prise de position de l'expert, confirmant son avis exprimé précédemment. Il a relevé que l'expert n'avait pas tenu compte des rapports médicaux mis à sa disposition, qu'il s'agisse du rapport de la généraliste traitante ou de ses propres écrits, et qu'il ne s'était pas non plus exprimé à leur sujet dans son avis du 3 décembre 2014. Le chirurgien orthopédiste traitant est ensuite revenu sur le sujet des corps libres visibles dans l'articulation du recourant sur l'IRM réalisée le 26 septembre 2013. Il a expliqué qu'il n'était guère surprenant qu'une mobilisation continue en pleine charge du genou droit pendant quatre mois (de l'événement du 29 mai 2013 jusqu'au jour de l'IRM fin septembre 2013) ait conduit à une fragmentation de corps libres présents dans l'articulation, tels qu'ils étaient révélés par l'IRM. Il a encore considéré comme improbable de se trouver en présence d'une chondropathie idiopathique isolée de stade 4 dans un endroit strictement délimité du condyle médial fémoral chez un homme de 43 ans en bonne santé, sans qu'une région osseuse sous-chondrale soit touchée et en l'absence d'une lésion dégénérative du cartilage voisin. Il a souligné encore une fois, comme il l'avait relevé dans le rapport de l'intervention chirurgicale, que le cartilage autour de la lésion était préservé dans une épaisseur normale et qu'il était solide. Il a ajouté que la matrice "*Chondro-Gide*" avait été fixée à celui-ci au moyen de points de suture. Il a constaté que l'expert ne s'était pas prononcé sur les arguments qu'il avait soulevés dans sa prise de position sur l'expertise du 25 juillet 2014.

Invité à réagir au courriel du chirurgien orthopédiste traitant, le médecin-conseil a considéré le 4 mai 2015 qu'un fragment détaché de taille relativement importante peut avec le temps éventuellement se fragmenter, mais que la plupart du temps, il grossissait plutôt en s'enrobant de cartilage

et allait se coincer dans une partie de l'articulation. Il a estimé qu'après quatre mois on ne pouvait affirmer de manière vraisemblable qu'il s'agissait bien d'un gros morceau qui s'était effrité. Il a estimé qu'une chondropathie après 40 ans chez un travailleur essentiellement debout était une banalité, sachant que le cartilage vieillit depuis l'âge de 20 ans et surtout depuis 30 ans. Il a déclaré qu'*"en conséquence affirmer qu'à 43 ans on ne peut pas avoir de chondropathie est médicalement injustifiable"*.

Dans un dernier avis daté du 17 juillet 2015, le médecin-conseil de l'intimée a encore précisé que l'arthrose était une atteinte tri-compartimentale d'une évolution très chronique. Selon lui, au départ le plus souvent un seul compartiment est touché, ce qui implique dans le cas présent que l'absence d'atteintes latérale et antérieure n'est pas significative.

4.

Le recourant conteste la valeur probante reconnue par l'intimée à l'expertise du chirurgien orthopédiste du 16 mai 2014. Ses critiques portent d'une part sur l'anamnèse, qu'il n'estime pas fidèle aux propos qu'il a tenus à l'expert lors de l'examen du 25 avril 2014 et, d'autre part, sur les conclusions médicales de l'expert, selon lesquelles les atteintes à son genou ne seraient pas de nature traumatique, mais dégénérative.

4.1 S'agissant du premier grief, le déroulement de l'événement n'est en soi pas contesté entre les parties, qui s'entendent sur le fait que l'assuré a pris un coup de pied par l'arrière sur le genou droit alors qu'il disputait un match de football dans son quartier. Les contradictions concernent les symptômes ressentis par le recourant à la suite de l'événement. La lecture comparée du rapport de l'inspecteur des sinistres du 2 décembre 2013 et de l'expertise du 16 mai 2014 met en évidence des contradictions majeures quant aux symptômes que le recourant a déclaré avoir ressentis suite à l'événement survenu le 29 mai 2013.

Dans l'anamnèse du rapport d'expertise, seule est mentionnée une douleur, qui aurait ensuite laissé place à une *"discrète gêne"*. Ni la persistance des douleurs importantes, ni les blocages, qualifiés de

fréquents, ni les enflures n'y sont évoqués. L'absence de toute référence à ces différentes manifestations dans l'expertise est, en soi, pour le moins surprenante au vu des déclarations diamétralement opposées rapportées par l'inspecteur des sinistres quelques mois auparavant. Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, le recourant a immédiatement contacté son mandataire par mail le 23 juin 2014, en s'insurgeant du fait que ses propos n'aient pas été retranscrits de manière fidèle par l'expert. Le recourant a en effet contesté avoir dit qu'il n'avait ressenti qu'une gêne après deux jours suite à l'événement. Il a également indiqué qu'en raison de son poste d'adjoint gérant, il avait pu adapter son activité professionnelle afin d'éviter les tâches pénibles (être constamment debout, marcher toute la journée et surtout porter des charges). Il a ensuite précisé qu'il avait également expliqué à l'expert avoir pu ménager son genou car il était parti en vacances pendant un mois et que la situation s'était avérée de plus en plus dure au retour, ce qui correspond à ses déclarations à l'inspecteur des sinistres lors des entretiens des 25 et 29 novembre 2013. Le mandataire du recourant a relayé sans attendre ces griefs dans son courriel adressé à l'intimée le 25 juin 2014, en signalant que des erreurs avaient été constatées par le recourant dans la retranscription de ses déclarations par l'expert, s'agissant en particulier de limitations fonctionnelles et autres restrictions des suites de l'accident. Ainsi qu'il l'avait annoncé dans ce même courriel, il n'a pas manqué de les détailler à l'occasion de sa prise de position suivante, datée du 4 août 2014. Le mandataire du recourant a joint à son courrier une prise de position du chirurgien orthopédiste traitant du 25 juillet 2014 relative à l'expertise du 16 mai 2014. Celui-ci a également relevé d'emblée que l'expertise comporte plusieurs affirmations qu'il ne peut pas confirmer ou qu'il doit corriger. Ainsi, il a précisé que, selon la lettre de transfert de la généraliste, la "*discrète gêne*" évoquée par l'expert avait à l'époque été décrite comme une douleur que la thérapie non stéroïdienne (posologie à l'appui) n'avait pas permis d'atténuer. Il a cité son propre rapport médical initial, selon lequel l'activité sportive habituelle incluant du jogging et du football n'était plus possible en raison de la persistance des douleurs, de tuméfactions récidivantes et d'épisodes où la jambe se dérobaient. Aux dires du chirurgien orthopédiste traitant, ces deux dernières pièces, qui ne figurent pas au dossier, étaient en possession de l'expert.

Les contradictions ainsi mises en évidence doivent être qualifiées d'importantes, tant quant à l'intensité et à la persistance des douleurs, que compte tenu du fait que l'expertise ne contient aucune référence aux blocages et tuméfactions. La constance du recourant, ses déclarations dans son courriel du 23 juin 2014 correspondant à celles faites initialement à l'inspecteur des sinistres à fin novembre 2013, leur confère crédibilité, tout comme le fait qu'il ait réagi et contesté sans attendre ce point précis de l'expertise. Les propos du recourant, rapportés par un collaborateur de l'intimée dans la notice téléphonique datée du 19 novembre 2013, ne sont a priori pas contradictoires avec ses déclarations ultérieures. Il y est indiqué que *"suite à l'accident de mai 2013, il a laissé traîner en se disant que ça passerait, et avait de plus en plus mal. Un jour en faisant du footing, il a ressenti une vive douleur et ne pouvait plus bouger, il a décidé de consulter"*. Au vu de leur caractère extrêmement succinct, considérant qu'elles résument une période de plusieurs mois en deux phrases, le simple fait que ces déclarations ne contiennent pas d'indications quant à l'intensité de la douleur initiale, ni d'autres limitations fonctionnelles éventuelles ne permet pas de déduire que celles-ci n'ont pas eu lieu. On ne saurait se fonder sur ces seuls propos pour lever les contradictions dont il est ici question. Ces propos ne peuvent du reste être qualifiés de "déclarations de la première heure" (ATF 121 V 45 c. 2a, 115 V 133 c. 8c; RAMA 2004 p. 418 c. 1.2). Cette aide à la décision utilisée en droit des assurances sociales dans le cadre de la libre appréciation des preuves ne peut être appliquée que lorsqu'on ne peut attendre de nouveaux résultats de mesures de preuve supplémentaires (RAMA 2004 p. 546 c. 3.3.4). Or, en l'espèce, les pièces médicales mentionnées par le chirurgien orthopédiste traitant, à savoir la lettre de transfert de la généraliste traitante et son propre rapport médical initial ne figurent pas au présent au dossier. Ces documents, établis lors des premières consultations médicales du recourant, sont susceptibles d'apporter des informations utiles, permettant de lever le doute sur les contradictions manifestes. Le fait qu'ils aient été établis lors des toutes premières consultations médicales, puis transmises en cours de procédure, notamment à l'expert, leur confère en outre fiabilité. Ces divergences portent du reste sur des points déterminants pour l'appréciation médicale de la situation.

4.2 Le second grief du recourant à l'encontre de l'expertise du 16 mai 2014 porte sur les conclusions médicales, qui se fondent précisément sur l'anamnèse. L'expert s'est en effet basé sur cette dernière pour se prononcer sur l'étiologie des lésions méniscales et cartilagineuses. Il s'est attaché à expliquer qu'à l'inverse des lésions cartilagineuses dégénératives, celles d'origine traumatique provoquent des douleurs extrêmement violentes, empêchant la marche, ainsi qu'en général une hémarthrose ou un épanchement massif, rendant également impossible la poursuite des activités quotidiennes les jours suivants. Il a considéré que la douleur et la boiterie durant un à deux jours, telles qu'elles sont mentionnées dans l'anamnèse de l'expertise, constituent une évolution peu compatible avec un traumatisme ayant entraîné à la fois une lésion méniscale interne et un *"immense defect cartilagineux de toute l'épaisseur du cartilage sur une surface de plus de 2 cm²"*. L'expert poursuit ensuite en expliquant que lors de telles lésions traumatiques avec détachement d'un fragment cartilagineux ou ostéo-cartilagineux, il se forme un fragment libre ou souris articulaire qui entraîne des *"crochages"* ou des blocages dans l'articulation. Or, nulle mention de blocages ne figure dans l'anamnèse de l'expertise. Une lecture de ces mêmes explications à la lumière des manifestations cliniques décrites par le recourant à l'inspecteur des sinistres, fin novembre 2013, soit quelques mois avant l'expertise, met en doute la validité des conclusions de l'expert. Si comme l'invoque le recourant, les douleurs étaient importantes, persistantes, accompagnées d'enflures et de blocages fréquents, le caractère traumatique des lésions ne saurait être exclu d'emblée, sans autre examen. Ce d'autant que plusieurs autres éléments sont susceptibles de remettre en cause les conclusions médicales de l'expert, au vu de plusieurs autres sujets de contradiction d'ordre médical entre l'expert et le chirurgien orthopédiste traitant.

Les fragments cartilagineux découverts dans l'articulation du recourant sont l'objet de plusieurs points de discordance entre les médecins. Le chirurgien orthopédiste traitant affirme dans un courrier du 3 mars 2014 à l'adresse du médecin-conseil que, lors de l'arthroscopie réalisée le 6 novembre 2013, il a découvert et extrait des morceaux de cartilage, qui s'étaient détachés du condyle fémoral médial. Il a insisté sur le fait qu'il s'agissait à l'évidence de

morceaux de cartilage frais et que les abords directs de la lésion étaient recouverts de cartilage totalement intact. Il a exclu expressément la possibilité qu'il puisse s'être agi de morceaux d'articulation ostéochondrale d'origine arthrosique. Outre la nature de ces fragments, leur nombre fait également l'objet de discussions quant à l'indication qu'il pourrait donner s'agissant de l'étiologie. L'expert a pour sa part constaté que l'IRM et les clichés peropératoires n'ont pas montré de fragment cartilagineux unique correspondant à la lésion visible, qu'il s'attendait à trouver en cas d'origine traumatique. Il a considéré que les quelques fragments libres de cartilage décrits à l'arthroscopie étaient à mettre en lien avec une lésion en pleine zone de charge, ce qui constitue autant de signes en faveur d'une origine dégénérative de l'atteinte. Le chirurgien orthopédiste traitant a expliqué que, de son point de vue, le morceau de cartilage qui s'est détaché lors de l'événement du 29 mai 2013 s'est morcelé au fil du temps qui s'est écoulé jusqu'à l'IRM du 26 septembre 2013, puis l'arthroscopie du 6 novembre 2013. Dans son rapport, l'expert a encore mentionné que les bords, en particulier supérieurs, de la lésion apparaissent bien irréguliers sur l'IRM et les clichés peropératoires, un peu bourgeonnants. Cette observation est contradictoire avec le rapport de l'IRM du 26 septembre 2013, qui indique une lésion cartilagineuse aux contours nets ("*scharf begrenzter Knorpeldefekt*"). Enfin, l'expert a expliqué, dans son rapport du 16 mai 2014, qu'une lésion traumatique engendrait en général une hémarthrose ou un épanchement massif, estimant que tel n'avait pas été le cas chez le recourant, étant donné qu'il ne ressort pas de l'anamnèse que le recourant ait été empêché d'effectuer ses activités quotidiennes les jours suivants l'événement du 29 mai 2013. Prenant position sur cette affirmation dans son écrit du 25 juillet 2014, le chirurgien orthopédiste traitant a expliqué qu'une lésion chondrale était en cause en l'espèce, le cartilage ayant été cisailé et délaminé à la limite de l'os. Il a expliqué l'absence de forte hémarthrose par le fait que la corticale osseuse n'ait pas été lésée, ajoutant que les douleurs, tuméfactions et épisodes de faiblesse de la jambe rapportés par le recourant avaient été ignorés ou minimisés par l'expert.

Les avis médicaux de l'expert et du chirurgien orthopédiste traitant sont en contradiction totale sur nombre de points essentiels à la détermination de l'étiologie des atteintes constatées dans le genou droit du recourant.

4.3 Face à l'importance des divergences entre les déclarations du recourant et l'anamnèse du rapport d'expertise du 16 mai 2014, l'on ne saurait conclure que l'expertise a été établie en pleine connaissance du dossier, respectivement qu'elle ait été réalisée sur la base, établie à suffisance, de l'ensemble des faits déterminants pour procéder à une appréciation médicale. Les conclusions de l'expert, certes motivées, se fondent toutefois précisément sur les faits sujets à contestation entre le recourant et l'expert. Ce dernier a nié l'origine traumatique des lésions cartilagineuses essentiellement en raison de l'absence des symptômes qui font l'objet des contradictions au chapitre de l'anamnèse. L'expert s'est employé à expliquer que l'absence des manifestations cliniques (douleurs violentes, impossibilité de marcher, hémarthrose ou épanchement massif, blocages de l'articulation) habituellement constatées en cas de fractures ostéo-cartilagineuses ou cartilagineuses par avulsion extrêmement bruyantes indiquait une origine dégénérative, mettant ainsi en doute l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 29 mai 2013 et les atteintes encore existantes au moment de l'expertise. Or, si les prémisses de ce raisonnement médical se révèlent insuffisamment établies ou même fausses, les conclusions que l'expert en a tirées sont de fait également remises en question. L'expertise ne remplit donc pas les critères définis par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. c. 2.5 ci-dessus). C'est par conséquent à tort que l'intimée s'est fondée sur celle-ci pour statuer sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents. Les considérations succinctes du médecin-conseil, qui s'est exprimé à plusieurs reprises en cours de procédure, prenant position sur les avis de ses confrères, ne sont pas suffisantes pour lever les contradictions ressortant de la comparaison des avis de l'expert et du chirurgien orthopédiste traitant. Le médecin-conseil a plébiscité les conclusions médicales de l'expert, estimant dès son avis initial daté du 3 décembre 2013, qu'il s'agit d'un cas d'arthrose. Ses arguments, réitérés dans ses écrits des 4 mai, puis 17 juillet 2015, en faveur du caractère dégénératif des atteintes portent, notamment, sur la localisation des lésions cartilagineuses en zone de charge du compartiment fémoro-tibial interne, la présence de plusieurs corps libres dans l'articulation, ainsi que le fait que le patient n'ait consulté que plusieurs mois après l'événement. Il ne s'est cependant jamais prononcé sur les divergences, pourtant manifestes et

discutées par ses confrères, relatives aux symptômes que le recourant invoque avoir ressentis et que l'expert n'a pas pris en considération dans son analyse médicale. L'on ne saurait par conséquent pas non plus se fonder sur ses différentes prises de position pour statuer sur le litige.

4.4 Faute d'un rapport médical emportant valeur probante conformément aux critères développés en la matière par la jurisprudence (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a), il n'est pas possible en l'espèce de statuer sur l'origine, traumatique ou dégénérative, des lésions du recourant, ni sur la question de la causalité entre l'événement du 29 mai 2013 et les atteintes concernées.

Il convient dès lors d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimée. Ce renvoi correspond aux conclusions retenues par le recourant. En l'espèce, il n'appartient pas au TA de procéder à des mesures probatoires judiciaires (ATF 137 V 210, 138 V 318). L'intimée organisera les investigations nécessaires à l'établissement suffisant des faits indispensables à une appréciation médicale fiable et probante, dont la réalisation devra être confiée à un expert externe. Une fois en possession des résultats de l'instruction complémentaire, l'intimée rendra une nouvelle décision.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours s'avère bien fondé et, partant, doit être admis. La décision sur opposition attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour rendre une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire au sens des considérants.

5.2 Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

5.3 Le recourant, qui obtient gain de cause (ATF 137 V 57 c. 2.1) et est représenté en procédure par un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g. LPGA et 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du mandataire du recourant du 25 août 2015, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la

procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 1'863.25 (honoraires de Fr. 1'675.-, débours de Fr. 50.25 et TVA de Fr. 138.-), qui sont mis à la charge de l'intimée.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision sur opposition est annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera au recourant la somme de Fr. 1'863.25 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,et communiqué, pour information:
 - à [...].

Le président:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).