

200.2016.558.LAA

BEP/BEJ

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

**Jugement du 28 avril 2017**

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



**A.** \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents**  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 31 mai 2016

**En fait:**

**A.**

Par déclaration d'accident du 26 août 2015, la caisse d'assurance-chômage de laquelle A.\_\_\_\_\_ percevait des prestations a annoncé à la Suva que le prénommé avait été victime d'un accident le 25 août 2015, ayant chuté dans les escaliers à son domicile. Cet accident lui a occasionné des contusions à la jambe et à la hanche droites ainsi qu'à la colonne vertébrale cervicale, qui ont été traitées lors de l'hospitalisation en urgence de l'intéressé, qui a séjourné à l'hôpital du 25 au 31 août 2015. Le cas a été pris en charge par la Suva. Le rapport d'hospitalisation du 31 août 2015 mentionne notamment aussi une atteinte au genou droit avec une rupture compliquée du ménisque latéral et un status après une ancienne opération ayant traité une rupture du ligament croisé antérieur droit.

**B.**

Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2016, se fondant notamment sur une prise de position de son médecin d'arrondissement du 29 janvier 2016 fixant le statu quo sine quatre semaines après l'accident, la Suva a averti l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations qui concernaient les suites de l'accident avec effet au 1<sup>er</sup> février 2016. Par courriel du 8 février 2016, l'assuré a fait valoir ses objections, déclarant qu'il souffrait toujours des séquelles de l'accident. A la suite d'une nouvelle appréciation détaillée de son médecin d'arrondissement du 14 mars 2016, la Suva, par décision formelle du 21 mars 2016, a prononcé la cessation au 21 mars 2016 des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) concernant les suites de l'accident et le retrait de l'effet suspensif d'une éventuelle opposition.

**C.**

Suite à l'opposition formée le 5 avril 2016 par l'assuré, la Suva a confirmé son prononcé par décision sur opposition du 31 mai 2016, retirant par ailleurs l'effet suspensif d'un éventuel recours.

**D.**

Par acte du 10 juin, complété le 20 juin 2016, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), concluant implicitement à son annulation et à la poursuite des prestations d'assurance de la Suva.

Dans son mémoire de réponse du 17 août 2016, la Suva, représentée par un avocat, conclut au rejet du recours.

**E.**

Par ordonnance du 18 août 2016, le juge instructeur a invité le recourant à faire savoir au Tribunal jusqu'au 8 septembre 2016 si, au vu du mémoire de réponse de l'intimée, il entendait maintenir son recours, cas échéant pour quels motifs précis.

Par ordonnance du 14 septembre 2016, le juge instructeur a constaté que le recourant n'avait pas donné suite à l'ordonnance du 18 août 2016 et précisé que la cause ferait l'objet d'un jugement en l'état du dossier.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 31 mai 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 21 mars 2016, rendue par l'intimée le même jour. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 21 mars 2016. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 25 août 2015 et les troubles dont souffre le recourant au-delà du 21 mars 2016.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 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. 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 LPGGA). 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** 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).

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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 2016 UV n° 18 c. 2.1.1, 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 (ATF 138 V 218). 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).

**2.3** 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).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à

l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

### **3.**

**3.1** L'intimée, en s'appuyant sur la prise de position du 29 janvier 2016 et le rapport du 16 mars 2016 de son médecin d'arrondissement (dossier [dos.] Suva 35 et 49), estime que l'accident du 25 août 2015 n'a fait qu'aggraver de façon passagère un état préexistant, mais n'a plus eu d'incidence au-delà du 21 mars 2016. Elle relève en outre que l'existence d'un événement antérieur assuré par elle, qui aurait causé les lésions présentées par le recourant, n'est pas documenté dans ses dossiers et n'a pas été prouvé.

Le recourant conteste cette appréciation médicale et allègue que les séquelles dont il souffre au genou droit proviennent de la chute qu'il a fait chez lui le 25 août 2015 et en aucun cas d'une maladie. A l'appui de son recours, il produit deux rapports des 20 novembre 2015 et 30 mars 2016 de deux chirurgiens orthopédistes l'ayant traité.

### **3.2**

**3.2.1** Dans sa prise de position du 29 janvier 2016 émise sur la base du dossier, le médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie, a indiqué que l'assuré avait subi antérieurement une plastie ligamentaire du ligament croisé antérieur du genou droit, non documentée dans les dossiers de la Suva. Il a constaté que ce genou était atteint de gonarthrose, qu'il s'agissait

d'une modification dégénérative évolutive de la plastie ligamentaire mentionnée, et retenu que les conséquences de l'accident assuré du 25 août 2015 ne pouvaient être considérées que comme une aggravation passagère, le statu quo ante ayant été atteint quatre semaines plus tard. Dans son appréciation détaillée du 14 mars 2016 (rapport du 16 mars 2016), après avoir recensé tous les avis médicaux postérieurs à l'accident, il a confirmé son point de vue et diagnostiqué une gonarthrose médiane avancée du genou droit après opération de plastie du ligament croisé antérieur et de résection partielle du ménisque intérieur, effectuée il y a des années. Il a précisé qu'il s'agissait d'une gonarthrose dégénérative avancée du segment médian de l'articulation du genou avec usure considérable des surfaces cartilagineuses et que des signes d'ostéophytes étaient présents. Il a aussi relevé des modifications dégénératives du ménisque extérieur atteignant partiellement la surface de celui-ci. Il a souligné que la chute survenue le 25 août 2015 n'avait pas provoqué de contusion ou fracture osseuses, pas de "bone bruise", pas d'épanchement sanguin dans l'articulation du genou, mais uniquement un épanchement synovial moyen. Il a encore mentionné que l'examen par résonance magnétique effectué après l'accident révélait de nettes modifications dégénératives de l'articulation du genou, mais pas de suites post-traumatiques aiguës. Il a conclu que les troubles ressentis par l'assuré ne pouvaient pas être mis en relation de causalité avec l'accident assuré du 25 août 2015, mais qu'il s'agissait bien plus de modifications dégénératives dont l'origine se trouvait dans le passé, en corrélation avec l'opération de résection partielle du ménisque et de plastie ligamentaire au genou droit.

**3.2.2** Les deux rapports médicaux produits par le recourant en annexe à son recours, pour leur part, ne contredisent aucunement les constatations du médecin d'arrondissement de l'intimée. Dans le premier d'entre eux, rédigé le 20 novembre 2015 à l'attention du généraliste traitant le recourant par le chirurgien orthopédiste consulté, les diagnostics principaux consistent en une lésion médiane et latérale du ménisque avec status après opération de plastie du ligament croisé antérieur, ainsi qu'une gonarthrose débutante. Le praticien expose que lors de la chute survenue le 25 août 2015, le patient a subi une torsion complexe du genou droit et qu'il souffre depuis lors de douleurs chroniques, traitées avec des

médicaments, et qu'une injection unique de cortisone n'avait pas apporté d'amélioration notable. Il est d'avis qu'un traitement opératoire serait indiqué, qu'une arthroscopie ne pourrait néanmoins pas résoudre le problème durablement et que la meilleure option à long terme serait l'implantation d'une prothèse totale du genou.

Dans le second rapport, rédigé le 30 mars 2016 à l'attention de l'intimée par un autre chirurgien orthopédiste à la suite de la décision du 21 mars 2016, ce dernier déclare que, d'après les indications de son patient, la reconstruction du ligament croisé antérieur droit effectuée il y a des années avait déjà été prise en charge par la Suva et qu'en conséquence, les modifications dégénératives, qui étaient sans doute déjà présentes avant la chute du 25 août 2015, devaient être considérées comme des dommages secondaires de la lésion du ligament croisé. Pour cette raison, le praticien estime que les traitements actuels devraient aussi être pris en charge par l'assureur-accidents.

**3.2.3** Quant aux autres avis médicaux figurant au dossier, dont la plupart d'entre eux proviennent des deux chirurgiens orthopédistes précités ayant traité le recourant ainsi que du généraliste traitant, les constatations qui en émanent sont pour l'essentiel semblables à celles qui ont été mentionnées ci-dessus. En résumé, on retiendra que les praticiens qui ont été appelés à s'occuper du cas sont unanimes à relever l'atteinte préexistante du genou droit du recourant et l'opération de plastie ligamentaire ayant eu lieu à une date non précisée, mais de nombreuses années avant l'accident assuré du 25 août 2015. Dans un rapport du 14 mars 2016 à l'attention de la Suva (dos. Suva 53), le chirurgien orthopédiste ayant également rédigé le rapport précité du 30 mars 2016 indique d'ailleurs déjà expressément que les troubles du recourant représentent manifestement des séquelles secondaires de l'opération de reconstruction du ligament croisé antérieur effectuée il y a des années. A la lecture de l'ensemble du dossier médical, on ne peut que reconnaître que tous les avis médicaux convergent quant à l'origine des troubles dont souffre le recourant au genou droit, qui se situe à l'époque où l'opération de résection partielle du ménisque médian et de double plastie ligamentaire a été entreprise.

**3.3** En conséquence, il faut admettre que le médecin d'arrondissement de la Suva a pris en compte les éléments essentiels au dossier; ses rapports des 29 janvier et 16 mars 2016 précités reposent sur un exposé clair des faits et ses conclusions sont étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de leur genèse. De plus, le recourant n'avance pas d'argument à même de faire accroire que le dossier médical serait lacunaire et que celui-ci aurait empêché le médecin d'arrondissement de se faire une image complète du cas; aucun indice allant dans ce sens n'est par ailleurs perceptible. Les conditions permettant de réaliser une expertise sur la seule base du dossier, sans avoir vu le patient, sont donc remplies (voir ci-dessus c. 2.3 in fine). Les rapports des 29 janvier et 16 mars 2016 du médecin d'arrondissement de la Suva satisfont aux exigences jurisprudentielles et revêtent donc une pleine valeur probante.

Dès lors, la Suva était en droit d'admettre, en se fondant sur les avis de son médecin d'arrondissement, que le statu quo sine était, selon un degré de vraisemblance prépondérante, en tout cas atteint le 21 mars 2016, date à laquelle elle a rendu sa décision de cessation des prestations.

**3.4** Cela étant, comme le chirurgien orthopédiste traitant le fait lui-même valoir pour son patient dans son rapport du 30 mars 2016 produit par le recourant, si les troubles résiduels actuels persistants subis par le recourant devaient être considérés comme des séquelles (ou une rechute) de la lésion du ligament croisé antérieur, qui a fait l'objet de l'opération déjà évoquée plus haut, leur prise en charge est susceptible d'incomber à l'assureur-accidents qui avait accordé ses prestations à cette époque. D'après la jurisprudence, 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; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2).

En l'occurrence, la question de savoir s'il s'agit là véritablement de séquelles tardives, voire d'une rechute d'une atteinte tenue pour guérie, au sens de la jurisprudence en la matière, peut néanmoins être laissée ouverte dans la présente procédure. En effet, l'intimée n'a pas trouvé de trace dans ses dossiers d'un événement assuré concernant le recourant avant l'accident du 25 août 2015, et ce dernier n'a aucunement établi que la lésion du ligament croisé antérieur en cause et le traitement médical qui s'en est suivi avaient, à l'époque, été pris en charge par la Suva.

**3.5** Ainsi, l'intimée a retenu à juste titre, au degré de la vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.2), que l'accident du 25 août 2015 n'avait qu'aggravé temporairement l'atteinte à la santé préexistante du recourant et que cet accident, à tout le moins dès le 21 mars 2016, n'était plus la cause naturelle de la symptomatologie douloureuse persistante dont souffre le recourant, le statu quo sine étant atteint à ce moment-là. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations avec effet au 21 mars 2016.

#### **4.**

**4.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**4.2** Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

**4.3** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée, bien qu'elle soit représentée par un avocat (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - au mandataire de l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),
  - à [...].

Le président:

Le greffier:

**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).