

200.2020.631.LAA
N° réf. Suva: 25.76038.15.4
BOA/REN

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

Jugement du 3 juillet 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Suva
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 24 juin 2020



En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 15 octobre 2015, l'employeur de A. _____, né en 1970, engagé depuis avril 2010 en tant qu'agent protecteur dans une entreprise de transports publics à un taux de 91%, a annoncé à son assureur-accidents, la Suva, que son employé avait subi un accident le 12 octobre 2015. La description suivante figurait sur le formulaire de déclaration de sinistre LAA: "L'assuré a chuté en marchant sur un sol irrégulier et instable, qui s'est dérobé sous ses pieds. L'assuré a continué à travailler le matin mais a dû s'arrêter à midi."

Sur le plan médical, après les premiers soins administrés par le généraliste traitant, l'assuré a été opéré à trois reprises entre janvier 2016 et juillet 2018: une première fois le 12 janvier 2016 (ménisectomie sous arthroscopie en raison d'une lésion méniscale interne droite), une deuxième fois (ostéotomie tibiale) le 23 janvier 2017 afin de corriger l'axe non aligné du tibia (déviation du genou vers l'extérieur, générant douleurs et usure du cartilage interne) et à une ultime reprise, le 4 juillet 2018, afin d'extraire la plaque d'ostéotomie. En incapacité de travail depuis le 12 octobre 2015, la Suva a pris le cas en charge (frais médicaux et indemnités journalières).

Par courrier du 4 juin 2019, la Suva a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux avec effet au 5 juin 2019 (au 31 décembre 2019 pour les médicaments nécessaires) et cesserait le versement de l'indemnité journalière au 31 décembre 2019, tout en précisant qu'elle examinait le bien-fondé d'autres prestations d'assurance. Par décision du 9 septembre 2019, la Suva a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 4% et celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), décision contre laquelle l'assuré a fait opposition par courrier du 10 octobre 2019.

Au niveau professionnel, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail le liant à ce dernier pour le 30 novembre 2019 (courrier 22 août 2019). Sous l'angle de l'assurance-invalidité (AI), suite au dépôt, en

septembre 2016, d'une demande de prestations de l'AI, l'Office AI compétent a informé l'assuré, en juillet 2019, de son intention de lui accorder une rente entière de l'AI limitée dans le temps, du 1^{er} mars 2017 au 30 avril 2018 (préorientation à laquelle l'intéressé s'est opposé).

B.

A partir de janvier 2018, et alors que le traitement au genou droit se poursuivait (cf. let. A), le recourant s'est plaint à plusieurs reprises de douleurs lombaires. Par courrier du 22 mars 2018, la Suva a informé l'assuré de son refus d'allouer des prestations d'assurance en lien avec les troubles invoqués. Suite au courriel du recourant du 20 janvier 2020 (dos. Suva n° 502/1) faisant état d'une aggravation de son état de santé dorsal (douleurs en recrudescence), la Suva, par décision formelle du 24 février 2020, a nié son obligation de prester en considérant qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'événement accidentel du 12 octobre 2015 et les troubles lombaires invoqués.

C.

L'opposition formée par l'assuré, représenté en justice par une avocate, contre la décision précitée, a été rejetée par décision (sur opposition) de la Suva du 24 juin 2020.

D.

Par acte du 25 août 2020, l'intéressé, par la même mandataire, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, et après avoir requis du TA qu'il ordonne la mise sur pied d'une expertise médicale, à l'annulation de la décision du 24 juin 2020 et à ce que la Suva soit condamnée à lui verser les prestations dues en relation avec les troubles lombaires invoqués (en lien de causalité avec l'accident du 12 octobre 2015), subsidiairement au

renvoi de la cause à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans sa prise de position du 25 septembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le 20 octobre 2020, la mandataire de l'assuré a transmis sa note d'honoraires en précisant que l'assuré renonçait à répliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 24 juin 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme le refus de toute prise en charge par la Suva en lien avec les troubles lombaires éprouvés par l'assuré au titre d'une rechute ou séquelle tardive de l'événement du 12 octobre 2015. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le droit à une prise en charge des atteintes dorsales invoquées. Est en particulier litigieux le lien de causalité naturelle entre l'événement survenu le 12 octobre 2015 et les troubles dorsaux évoqués.

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 une mandataire dûment constituée, 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], par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20], 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]).

A toutes fins utiles, il convient de préciser que la compétence à raison du lieu découle, en l'espèce, de l'art. 58 al. 2 LPGA, aux termes duquel, si un assuré est domicilié à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de son dernier domicile en Suisse (hypothèse non réalisée en l'espèce, le recourant n'ayant jamais habité en Suisse) ou celui du

canton de domicile de son dernier employeur suisse. Au vu de ce dernier cas de figure, dès lors que le siège principal de la société anonyme employant le recourant se trouve dans le canton de Berne, la compétence locale du TA doit être admise.

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française 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 Tribunal examine librement la décision sur opposition 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 art. 84 al. 3 LPJA).

1.5 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). Dans la mesure où l'événement litigieux est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAA du 25 septembre 2015).

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 LAA).

2.2

2.2.1 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 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2.2 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 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). 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 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.2.3 En cas de rechutes ou de séquelles tardives, une obligation de prêter de l'assureur-accidents n'existe au sens de l'art. 11 OLAA 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 dans l'hypothèse d'une rechute ou de séquelles tardives 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; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2). En présence de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à la personne assurée d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, le jugement est rendu au détriment de la personne assurée (SVR 2019 UV n° 27 c. 4.2, 2016 UV n° 18 c. 2.2.2; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 c. 3.2).

2.2.4 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*; TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51).

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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.4 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 (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4).

3.

3.1 Se ralliant aux conclusions de son médecin d'arrondissement, l'intimée a nié son obligation de prêter en lien avec les douleurs lombaires invoquées, au titre d'une rechute ou de séquelles tardives, au motif que les troubles (nouvellement) évoqués n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 12 octobre 2015. Pour se délier de toute obligation de prise en charge, la Suva a tout d'abord exclu, sur la base des conclusions de son médecin d'arrondissement, tout processus traumatique survenu lors de l'événement accidentel au niveau de la colonne lombaire. L'intimée a également relevé l'absence de douleurs dorsales initiales documentées au dossier d'instruction (jusqu'en début d'année 2018). Estimant, par conséquent, sur la base des documents médicaux versés au dossier que le trouble lombaire devait être qualifié de dégénératif et évolutif, existant de surcroît préalablement à l'événement incriminé, la Suva a refusé d'assumer les frais médicaux en lien avec les troubles avancés, une marche perturbée au niveau des genoux impliquant des phénomènes de compensation ne pouvant, selon elle, nullement générer, sur le plan de la causalité naturelle et au vu du degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation des troubles dorsaux existants.

3.2 Le recourant fait valoir, pour sa part, qu'il existe une corrélation évidente entre les lésions à son genou droit ayant généré des épisodes prolongés de boiterie et des positions viciées et les douleurs dorsales qu'il endure. Invoquant des problèmes au genou droit perdurant et non résolus, il estime que ceux-ci, à moyen terme, ont aggravé de manière significative et durable ses problèmes de dos préexistants. Dès lors que le médecin d'arrondissement laisserait inférer qu'il existe possiblement une corrélation entre les douleurs lombaires éprouvées et l'évolution défavorable du genou droit, le recourant estime que c'est à tort que l'intimée a nié, sans autres investigations (à savoir au terme d'examens ciblés et d'une analyse médicale portant sur cette question précise), un lien de causalité entre les troubles dorsaux évoqués et l'événement accidentel d'octobre 2015. Au terme de son argumentation, l'assuré a également insisté sur le fait que les éventuelles lésions préexistantes à sa chute étaient préalablement stables et non évolutives.

4.

Si, en l'espèce, l'existence d'éventuelles séquelles lombaires font seules l'objet de la contestation, il convient toutefois, dans un but de clarté, de retracer les événements factuels ayant affecté l'assuré et susceptibles d'avoir eu des incidences sur son état de santé lombaire.

4.1 Il appert que la récupération du genou droit du recourant fut longue et compliquée.

Suite à la contusion du genou droit survenue lors de l'accident du 12 octobre 2015 et après la mise en évidence (IRM) d'une fissure au niveau du ménisque postérieur du genou droit, le recourant a subi une première intervention chirurgicale (résection d'une languette postérieure du ménisque) le 12 janvier 2016. En raison de douleurs aiguës (les deux infiltrations postopératoires aux corticoïdes pratiquées n'ayant pas eu les effets bénéfiques escomptés) et d'une sensation de frottement interosseux relatée par l'assuré, une deuxième opération ayant consisté en une ostéotomie de valgisation du tibia droit avec pose d'une plaque d'ostéotomie a eu lieu le 23 janvier 2017 (correction d'un conflit dégénératif fémoro-tibial du compartiment interne du genou droit). Les investigations médicales subséquentes ont mis en évidence la persistance de douleurs internes (jusqu'à avril 2017) et une lente consolidation osseuse en raison d'une algoneurodystrophie du genou droit (syndrome douloureux régional complexe survenant après un traumatisme ou une intervention chirurgicale même minime) modérément évolutive. Une ultime opération s'est déroulée le 4 juillet 2018 (retrait de la plaque d'ostéotomie au niveau du tibia à droite), qui, en dépit de suites opératoires pourtant qualifiées de sans particularités, a généré d'importantes douleurs chez l'assuré. Après un ultime séjour dans une clinique de réadaptation (du 26 mars au 18 avril 2019) préconisé par son médecin d'arrondissement, l'intimée a informé l'assuré, qu'en lien avec l'événement accidentel d'octobre 2015, elle mettait fin au paiement des soins médicaux avec effet au 5 juin/31 décembre 2019 (pour les médicaments nécessaires) et cesserait le versement de l'indemnité journalière au 31 décembre 2019.

4.2 Les plaintes du recourant concernant des douleurs au dos ont été répertoriées pour la première fois lors d'un appel téléphonique du recourant à une employée de la Suva (dos. Suva n° 186), le 2 janvier 2018.

4.2.1 L'examen clinique du médecin d'arrondissement de la Suva du 20 février 2018 a mis évidence des douleurs au niveau lombaire. Sur la base d'une IRM du rachis lombaire effectuée le 16 février 2018, ce spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a retenu une double discopathie (L4-L5 et L5-S1). Interpellé par l'intimée quant à un éventuel lien de causalité entre ces troubles et l'événement accidentel d'octobre 2015, le médecin d'arrondissement a évoqué une tout au plus possible corrélation entre l'accident d'octobre 2015 et les maux de dos incriminés (avis fourni le 21 mars 2018).

4.2.2 Subséquemment à un nouvel examen clinique du recourant par le médecin d'arrondissement de la Suva (appréciation médicale du 30 janvier 2019), ciblé sur la problématique d'un patient empreint à de fortes douleurs décrites au niveau du genou droit, le recourant a séjourné du 26 mars au 18 avril 2019 dans une clinique de réadaptation de l'appareil locomoteur (voir aussi c. 4.1). Le rapport final de synthèse des spécialistes ayant suivi l'assuré durant son séjour, a confirmé, sur le plan orthopédique, les pathologies connues s'agissant du genou droit, alors qu'au niveau lombaire, certaines plaintes ont été invoquées, mais aucun diagnostic n'a été posé. Sous l'angle arthrosique n'a été mentionnée qu'une arthrose fémoro-patellaire bilatérale. Quant aux examens psychiatriques et neurologiques, ils n'ont révélé aucune pathologie référencée.

4.2.3 L'IRM du rachis lombaire effectué le 2 janvier 2020 a mis en évidence des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 et une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite venant au contact de la racine L5 droite, sans rétrécissement du canal lombaire. Une infiltration rachidienne a eu lieu le 17 février 2020.

4.2.4 Sollicité par l'intimée afin de se prononcer sur l'existence d'un possible lien de causalité entre les troubles lombaires invoqués et l'événement accidentel initial, le médecin d'arrondissement, dans son avis

médical de synthèse du 20 février 2020, a exclu tout lien de connexité entre les atteintes dorsales du recourant et l'accident d'octobre 2015.

5.

Sur le fond se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié, sur la base des conclusions de son médecin d'arrondissement, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les pathologies lombaires de l'assuré (consistant en une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite venant au contact de la racine L5 droite [cf. c. 5.1] et des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 [cf. c. 5.2]) et l'événement incriminé du 12 octobre 2015.

5.1

5.1.1 En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies (comme en l'espèce), la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1). Dans la question de la causalité naturelle entre une hernie discale et un accident, il est médicalement avéré, en droit de l'assurance-accidents, que pratiquement toutes les hernies discales apparaissent en présence de modifications dégénératives des disques intervertébraux et ne résultent qu'exceptionnellement et dans des conditions particulières d'événements accidentels. Pour qu'une hernie discale puisse être considérée comme étant due principalement à un accident, il faut que l'accident ait été d'une gravité particulière, qu'il ait été à même de provoquer une lésion d'un disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) soient apparus sans délai après l'accident, provoquant aussi immédiatement une incapacité de travail. Dans de tels cas, l'assureur-accidents est, d'après la jurisprudence également, tenu de prendre à sa charge les rechutes et les éventuelles opérations qui s'ensuivent (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3).

5.1.2 D'emblée, il convient de relever que les conditions permettant exceptionnellement de retenir qu'une hernie discale est principalement due

à un accident ne sont pas remplies (cf. ci-dessus et TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.3 et références). En effet, à la lecture du déroulement de l'événement du 12 octobre 2015 (assuré ayant chuté en marchant sur un sol irrégulier et instable, cette perte d'équilibre ayant engendré une lésion méniscale), on ne peut pas considérer, dans les présentes circonstances, qu'il s'agit d'un accident d'une gravité particulière. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. En effet, la chute survenue telle que ressortant de la déclaration de sinistre ne permet nullement de retenir l'existence d'un accident particulièrement grave susceptible de blesser un disque intervertébral. Comme l'a relevé également le médecin d'arrondissement dans sa prise de position du 20 février 2020, aucune lésion structurelle traumatique (de type fracture) n'a été diagnostiquée ou invoquée. De surcroît, contrairement à la jurisprudence qui prévoit une prise en charge à la condition de symptômes apparus sans délai après l'accident, les douleurs invoquées par le recourant ne sont apparues que tardivement, plus de deux ans (janvier 2018) après la survenance de l'événement accidentel (octobre 2015). Dans ces conditions, il y a lieu d'exclure que l'accident dont a été victime l'assuré soit la cause de la hernie discale au niveau lombaire (diagnostiquée au sens strict en janvier 2020 uniquement, dos. Suva n° 543/2). Dès lors, l'obligation d'une prise en charge de la Suva sous l'angle d'une éventuelle suite tardive ou rechute (lombaire) de l'événement accidentel d'octobre 2015 ne se pose pas.

5.2

5.2.1 Si la hernie discale n'a été qu'activée par le traumatisme sur un substrat dégénératif préexistant, et non pas causée par l'accident lui-même, l'assurance-accidents n'est tenue de prendre en charge que les conséquences du syndrome douloureux en rapport immédiat avec l'accident subi. D'après l'état actuel des connaissances médicales, le statu quo sine en cas de lombalgies et lombosciatalgies post-traumatiques est en général atteint trois ou quatre mois après l'accident, tandis qu'une éventuelle aggravation doit être établie radiologiquement et se démarquer de l'évolution usuelle due à l'âge. Une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant cliniquement stable de la colonne vertébrale doit

être en général considérée comme terminée après six à neuf mois, mais au plus tard après un an (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 et 2.3.2).

5.2.2 Sur la base de (nouvelles) douleurs lombaires invoquées par l'assuré en début d'année 2018, documentées par une IRM, et rapportées lors de l'examen clinique du 20 février 2018, le médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a décrit, dans son rapport du 21 février 2018, la présence d'atteintes lombaires dégénératives de nature malade et retenu dès lors, au titre de diagnostic, une double discopathie L4-L5 et L5-S1. Dans son rapport subséquent du 19 février 2020, ce même spécialiste a précisé que l'atteinte discale dégénérative, si elle était certes documentée depuis 2018 (uniquement), était alors déjà d'un stade avancé (*discopathies déjà évoluées*, dos. Suva n° 516/3). Consulté à une ultime reprise, en juin 2020, ce spécialiste a ajouté que les dégénérescences discales de l'assuré étaient de nature évolutive (un bourrelet herniaire non exclu en février 2018 ayant fait place désormais à une hernie discale [au sens strict] en L4-L5 en janvier 2020) et à mettre en relation avec l'écoulement du temps. Insistant sur le caractère exclusivement dégénératif des lésions dorsales endurées, le médecin d'arrondissement, dès lors qu'interrogé à ce sujet, a exclu tout lien de causalité entre l'événement accidentel d'octobre 2015 et les troubles évoqués.

5.2.3 D'un point de vue formel, il apparaît que le médecin d'arrondissement de la Suva, dont la spécialité relève par ailleurs de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie, a énuméré et pris en compte, dans ses prises de positions successives, l'ensemble des avis médicaux versés régulièrement au dossier Suva, démontrant ainsi une étude consciencieuse et une connaissance exhaustive du dossier. Le contexte médical apparaît comme étant particulièrement bien décrit, cela étant vraisemblablement dû au fait que le médecin de la Suva a été appelé à examiner régulièrement le recourant depuis la survenance de l'événement accidentel d'octobre 2015 (d'abord en raison des traitements imposés par une entorse au genou droit puis aussi sous l'angle lombaire). Son analyse repose sur un exposé clair des faits et ses conclusions médicales sont étayées, s'avèrent logiques et concluantes, ne laissant pas apparaître

d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de ses rapports. Sur le plan matériel, aucun élément médical ne vient contredire les appréciations du médecin de la Suva. A l'examen du raisonnement exposé par ce spécialiste, celui-ci apparaît comme étant logique et convainquant. Ainsi, fort des événements factuels versés au dossier médical de l'assuré, le médecin d'arrondissement a tout d'abord mentionné, à juste titre, que les premières plaintes de l'assuré se rapportant à des dorsalgies n'étaient apparues que tardivement (plusieurs années suite à l'événement accidentel). Ne voulant néanmoins pas arrêter de conclusions hâtives conformément à une jurisprudence établie stipulant qu'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant doit être considérée comme terminée après six mois (cf. c. 5.2.1), le médecin de la Suva a poursuivi son raisonnement. Il a ainsi rappelé tout d'abord la nature des fragilités dorsales du recourant, consistant initialement (préalablement à l'événement accidentel) en des lésions discopathiques et donc dégénératives L4-L5 et L5-S1, ainsi que l'ont attesté les différents rapports radiologiques versés au dossier Suva, de même que ceux du rhumatologue traitant de l'assuré (dos. Suva n° 504 et 506) et reconnues comme telles également par le recourant (cf. à ce sujet mémoire de recours du 25 août 2020 où des *problèmes de dos préexistants* ont été admis [p. 6]). Le spécialiste de la Suva n'a également pas omis de rappeler, sur la base des clichés réalisés, que les discopathies préexistantes avaient connu une évolution (dégénérative) devant être qualifiée d'usuelle, au vu du temps écoulé (jusqu'à la survenance d'une hernie discale au sens strict en L4-L5 en 2020). L'argument du recourant voulant ainsi qu'il n'avait pas de douleurs au dos avant l'accident du 12 octobre 2015 ne lui est d'aucun secours. 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 2016 UV n° 24 c. 7.2). Quant à un éventuel lien de causalité entre les douleurs dorsales de l'assuré et les positions viciées et asymétriques imposées par un genou droit fragilisé et douloureux, que le recourant revendique sur le seul avis de son physiothérapeute traitant, de surcroît non médecin (dos. Suva n° 223), il ne saurait être admis. Tout d'abord, comme l'a par ailleurs relevé le médecin d'arrondissement (dos.

Suva n° 543/3), dans la mesure où le recourant a concédé, tantôt expressément (arrêt de prises d'antalgiques en février 2018 [dos. Suva n° 200] en se rétractant par la suite [dos. Suva n° 244]), tantôt implicitement (il n'est plus question que de douleurs au dos [dos. Suva n° 502]), que les douleurs à son genou allaient mieux, il convient d'emblée de tempérer les affirmations de l'assuré alléguant avoir dû adopter de manière récurrente et en raison de douleurs au genou, des positions viciées. De surcroît, le médecin de la Suva a expliqué les raisons pour lesquelles des positions asymétriques ne pouvaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, avoir d'influence sur des pathologies lombaires, ni sur leur évolution de déformation, en fondant son raisonnement tant sur la littérature médicale en la matière que sur ses connaissances spécialisées en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a ainsi démontré que les lésions lombaires n'avaient pas trait, en l'occurrence, en des déformations ou modifications de la structure anatomique (qui, dans un tel cas de figure, auraient pu être générées par des positions anarchiques), mais consistaient uniquement en des phénomènes d'usure non aggravés par un événement particulier. Au vu du raisonnement abouti du médecin d'arrondissement dans un domaine relevant de sa spécialisation médicale, établi sur la base d'un dossier médical exhaustif, il ne se justifie ainsi pas, et contrairement à l'avis du recourant, d'organiser une expertise médicale. En conclusion, et sans minimiser le parcours médical du recourant, long et fastidieux au niveau de la récupération du genou droit accidenté, le TA relève que l'assuré, dans la description et l'énumération des douleurs endurées (quant à leur nature et leur intensité), n'a pas fait montre d'une constance évolutive cohérente. Les améliorations/péjorations intervenues au niveau du genou droit ont systématiquement (inversement) alterné, depuis janvier 2018, avec celles invoquées au niveau lombaire, variant au gré des actes de procédure successivement notifiés au recourant (et contestés dans leur majorité, cf. let. A).

Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que les discopathies lombaires de l'assuré ne sauraient être considérées, de façon suffisamment probante, comme susceptibles d'avoir été causées par l'événement accidentel

d'octobre 2015. Partant, une obligation de prise charge par la Suva des maux invoqués au titre de séquelles (lombaires) tardives doit être niée.

5.3 Il y a donc lieu de conclure qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes dorsales du recourant (hernie discale et discopathies), sont en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 12 octobre 2015. Le degré probatoire est d'autant plus strict qu'un long laps de temps s'est écoulé entre l'accident et les lésions ici invoquées. Il appartient donc au recourant de supporter les conséquences de cette absence de preuve suffisante quant au lien de causalité entre l'événement initial pris en charge par la Suva (entorse du genou droit et ses complications subséquentes) et les prétendues rechutes ou séquelles tardives revendiquées (SVR 2019 UV n° 27 c. 4.2, 2016 UV n° 18 c. 2.2.2; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 c. 3.2).

6.

6.1 C'est donc à bon droit que la Suva, dans sa décision sur opposition du 24 juin 2020, a confirmé (à l'instar de sa décision initiale) son refus de prendre en charge des traitements en lien avec les douleurs dorsales signalées depuis début 2018. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

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

6.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

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):
 - à la mandataire du recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,
 - au Fonds de prévoyance C._____.

La présidente:
e.r. B. Rolli, Juge

La greffière:
e.r. C. Wagnon-Berger, greffière

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).