

200.2021.637.LAA
N° réf. Swica: 9931/0019.74851.19.5
DAL/EGC

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

Jugement du 30 janvier 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
L. D'Abruzzo, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

SWICA Assurances SA
Service juridique, Römerstrasse 37, 8401 Winterthour
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 17 août 2021



En fait:

A.

A. _____, né en 1977, travaille depuis le 1^{er} novembre 2016 comme concierge auprès d'une institution et est assuré obligatoirement, à ce titre, contre le risque d'accidents auprès de SWICA Assurances SA (ci-après: SWICA, l'intimée). Par une déclaration d'accident LAA établie le 19 septembre 2019, l'employeur de l'assuré a informé SWICA que ce dernier avait subi un accident non professionnel en date du 17 septembre 2019. L'accident était décrit comme suit: "Je suis entré en contact avec un autre joueur lors d'un match, genoux contre genoux". Il était rapporté une entorse au genou gauche. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le jour de l'accident jusqu'au 30 décembre 2019. Les diagnostics d'entorse du ligament latéral interne de stade II, de contusion du condyle fémoral interne et de lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque interne gauche ont été posés. SWICA a pris en charge le cas (frais de traitement et indemnités journalières).

B.

Le 15 février 2021, le même employeur a annoncé à SWICA une rechute de l'accident du 17 septembre 2019, suite à une hospitalisation d'urgence de l'assuré. Ce dernier a subi une résection du ménisque interne sous arthroscopie du genou gauche entraînant une incapacité de travail entière jusqu'au 3 mars 2021, puis du 1^{er} avril au 31 mai 2021. Après avoir instruit la cause et présenté le dossier à un spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, agissant comme expert médical certifié SIM (médecine d'assurance suisse) [ci-après: médecin-consultant], lequel a rendu un rapport le 4 mai 2021, SWICA a, par décision du 21 mai 2021 et se référant à la déclaration de rechute, refusé d'accorder des prestations d'assurance pour les suites de l'évènement du 15 février 2021. En dépit de l'opposition formulée le 7 juin 2021 par l'assuré, SWICA a confirmé, par décision sur opposition du 17 août 2021, la décision précitée.

C.

Le 10 septembre 2021, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a introduit un recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée, en concluant à son annulation, au renvoi du dossier à cette dernière pour investigations complémentaires et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Par réponse du 12 octobre 2021, SWICA a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 18 octobre 2021, le recourant, toujours représenté a, en substance, maintenu et confirmé ses précédentes conclusions. Par duplique du 9 novembre 2021, SWICA a également maintenu ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 17 août 2021 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 21 mai 2021 refusant toutes prestations d'assurance pour la rechute de l'événement du 17 septembre 2019 annoncée le 15 février 2021. L'objet du litige porte sur l'annulation de la décision sur opposition et sur le droit de l'assuré à des prestations d'assurance pour dite rechute, dont notamment la prise en charge d'une opération chirurgicale intervenue le 16 février 2021. Est principalement litigieuse l'appréciation médicale sur laquelle l'intimée s'est fondée pour considérer que la rechute annoncée par le recourant n'est pas en lien de causalité avec l'événement survenu le 17 septembre 2019.

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, représentée par un mandataire dûment constitué, 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], 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 La valeur litigieuse étant en l'état indéterminée, 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 LAA). 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).

2.2.1 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). 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 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.2.3 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*; ATF 146 V 51 c. 5.1).

2.3 Les prestations d'assurance sont également versées, en règle générale (sous réserve de la réalisation des conditions posées à l'art. 21 LAA), en cas de rechutes et séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 différent (ATF 144 V 245 c. 6.1, 118 V 293 c. 2c; SVR 2019 UV n° 27

c. 4.1). 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).

2.4 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).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 L'intimée, en se basant sur les rapports qu'elle a jugés probants du médecin-consultant, spécialisé en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a considéré que si l'accident du mois de septembre 2019 avait certes engendré une foulure et des douleurs, il n'était pas la cause, au degré de la vraisemblance prépondérante, faute de causalité naturelle, de la lésion méniscale constatée au mois de février 2021 qui a conduit à la réalisation d'une opération chirurgicale.

3.2 Le recourant affirme de son côté que les douleurs éprouvées ne sont pas liées à de l'arthrose, mais bien à une nouvelle fissuration du ménisque à l'endroit exact de la première suture. Soutenu par son médecin orthopédique traitant, il avance que dites douleurs sont la conséquence directe de l'accident du mois de septembre 2019.

4.

Il ressort du dossier les éléments pertinents suivants.

4.1 La réalisation d'une radiographie le 18 septembre 2019, n'a mis en évidence aucune anomalie de la minéralisation osseuse, ni de signe de dysplasie fémoro-rotulienne. Une lésion ostéolytique ou ostéocondensante suspecte, une calcification pathologique des parties molles ou un épanchement articulaire n'ont pas non plus été décelés. Le spécialiste en radiologie a conclu à l'absence de fracture (dossier [dos.] SWICA 26). Un complément d'examen sous la forme d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) a également été réalisé le 31 octobre 2019. A titre d'indication, il était formulé un traumatisme en varus, ainsi qu'une douleur de compartiment interne et de la rotule. En conclusion, il était indiqué la présence d'une contusion osseuse sur le condyle fémoral médial avec un net œdème dans cette région, une fissure horizontale d'orientation inférieure de la corne postérieure du ménisque médial, ainsi qu'une discrète chondropathie sur le versant latéral du cartilage patellaire (dos. SWICA 27-28).

4.2 Dans le rapport opératoire du 13 novembre 2019 rédigé par un médecin-chef orthopédiste traitant l'assuré, il est rapporté le diagnostic de déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche et d'une lésion ostéochondrale de 1x1 cm au niveau de la trochlée fémorale gauche. Suite à l'intervention arthroscopique du 13 novembre 2019, le spécialiste a prescrit une physiothérapie sous la forme d'une mobilisation en flexion et extension du genou gauche (dos. SWICA 30-31). Il a en outre attesté une incapacité de travail totale du 18 septembre au 30 décembre 2019 (dos. SWICA 34).

4.3 Le 15 février 2021, l'employeur du recourant a annoncé à SWICA la survenance d'une rechute (dos. SWICA 38). Une IRM a été pratiquée en raison d'une douleur depuis une semaine sans notion de traumatisme, d'une tuméfaction, ainsi que d'un antécédent de suture du ménisque médial. En conclusion, il est fait mention d'une fissuration horizontale d'orientation inférieure de la corne postérieure s'étendant au corps du ménisque médial, d'un début d'arthrose fémoro-patellaire médiale, d'une chondropathie sur le versant latéral du cartilage patellaire, ainsi que d'un épanchement articulaire modéré (dos. SWICA 49-50).

4.4 Le médecin-chef adjoint, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a adressé un rapport médical au généraliste traitant de l'assuré le 16 février 2021, faisant état d'une anse de seau et d'un échec de l'ancienne suture méniscale du genou gauche. Il informe qu'une prise en charge chirurgicale pour une arthroscopie du genou gauche et une résection du ménisque interne est prévue (dos. SWICA 51). Dans le rapport opératoire du même jour, le médecin-chef adjoint a posé les diagnostics d'une anse de seau de la corne postérieure et médiale du ménisque interne et de syndrome fémoro-patellaire. Lors de l'opération, le spécialiste a pu confirmer la présence d'une lésion méniscale complexe. Il a pratiqué une résection économique de la corne médiale et de la corne postérieure, une chondroplastie fémoro-tibiale interne, ainsi qu'une abrasion du lambeau de cartilage. Il a également précisé la présence d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne de stade III sur le versant tibial et fémoral (dos. SWICA 53-54).

4.5 Dans un rapport médical orthopédique du 4 mai 2021, le médecin-consultant, après avoir exposé les éléments médicaux ressortant du dossier de l'assuré, a considéré que l'accident du 17 septembre 2019 ne pouvait pas être en lien de causalité naturelle avec la lésion méniscale interne constatée suite à l'intervention du 16 février 2021. Il a relevé que cette lésion méniscale n'était pas une lésion liée à un accident, mais qu'il s'agissait d'une lésion liée à l'usure (dos. SWICA 58).

4.6 Le spécialiste en orthopédie et traumatologie a attesté une incapacité de travail du recourant du 16 février au 3 mars 2021, puis du 1^{er} avril au 31 mai 2021 (dos. SWICA 44, 56, 60-61). Dans son recours au TA, le recourant a présenté un certificat médical du 16 juin 2021, dans lequel ce même spécialiste a confirmé que la lésion arthroscopique au niveau du ménisque interne avec un siège anatomique correspondait exactement à l'ancienne suture méniscale. Il en a déduit qu'il s'agissait d'une récurrence d'une déchirure méniscale localisée au même endroit que lors du premier accident. Sur nouvelle demande de l'assuré, le spécialiste a pris position en date du 27 août 2021 sur le lien de causalité naturelle entre l'accident de 2019 et l'évènement de 2021. Il a estimé qu'un lien direct existait entre l'ancienne suture méniscale en rapport avec l'ancien accident et le nouvel évènement survenu en 2021. De son point de vue, malgré la période asymptomatique entre les évènements précités, les fils utilisés pour la suture méniscale de 2019 n'étaient pas résorbables et représentaient toujours un point de fragilité, ainsi que le point de départ d'une nouvelle déchirure. Le spécialiste a fait le constat en préopératoire, que la déchirure lors de l'arthroscopie se situait exactement au niveau des fils de la suture méniscale, de sorte qu'il a été contraint de retirer les sutures méniscales ainsi que les ancrages non résorbables. A la question de l'assuré de savoir si un lien direct existait entre l'accident de 2019 et celui de 2021 sur le même ménisque et le même genou, le spécialiste a répondu par l'affirmative (dos. recourant PJ 4).

4.7 Dans un rapport complémentaire du 17 septembre 2021, le médecin-consultant a une nouvelle fois pris position sur le dossier en indiquant que la lésion horizontale du ménisque interne constatée en septembre 2019, était une lésion typique de celle qu'on rencontre dans une

lésion dégénérative débutante du genou. De son point de vue, il s'agissait d'une altération dégénérative au sein de la structure du ménisque avec une perte de la qualité mécanique, caractérisée par une dégénérescence mucoïde. Il a précisé à ce propos, que ces lésions dégénératives étaient fortement associées à l'arthrose. Il a également ajouté qu'à l'arthroscopie de 2019, des lésions cartilagineuses importantes étaient déjà présentes. La lésion méniscale horizontale diagnostiquée en 2019 devait, selon lui, être qualifiée de méniscopathie de grade II d'origine dégénérative et avait, de ce fait, été à tort prise en charge par l'assurance LAA. Finalement, la période asymptomatique de plus d'une année, tendait, selon lui, à indiquer qu'il ne s'agissait pas d'une lésion méniscale qui n'avait pas guéri des suites de l'accident, mais d'une pathologie dégénérative du genou. Il s'est référé pour conclure à l'arthroscopie du mois de février 2021, qui a mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale interne de stade III, ce qui est, selon son appréciation, une indication claire allant dans le sens d'une atteinte dégénérative plutôt que liée à un accident.

5.

Le fait que l'intervention du 16 février 2021 soit en lien avec celle du 13 novembre 2019, ne signifie pas encore qu'il y ait un lien de causalité naturelle entre la première citée et l'accident du 17 septembre 2019. Il s'agit ainsi d'examiner s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 17 septembre 2019 et les douleurs survenues le 15 février 2021 qui ont conduit à l'opération du jour suivant.

5.1 L'argumentation principale du médecin-consultant se base sur le rapport opératoire du 13 novembre 2019, lequel a mis en évidence une lésion chondrale de stade III à IV au niveau de la trochlée fémorale, de grade I et II de la rotule, et une lésion horizontale de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne, ainsi que sur le rapport du 16 février 2021, lequel a révélé une gonarthrose fémoro-tibiale interne, ce qui tend, selon lui, à indiquer la présence de changements dégénératifs et non de conséquences d'un accident comme celui survenu le 17 septembre 2019. En effet, selon le médecin-consultant, ce type de lésion est typique de celle

que l'on retrouve dans une lésion dégénérative du genou. Il explique qu'il s'agit d'une altération dégénérative au sein de la structure du ménisque avec une perte de la qualité mécanique, caractérisée par une dégénérescence mucoïde. Ces lésions méniscales dégénératives sont considérées comme le signe débutant d'une arthrose. A ce propos, il relève que la lésion méniscale horizontale, diagnostiquée en 2019, était une méniscopathie de grade II d'origine dégénérative qui a été prise en charge à tort par l'assurance LAA. Par ailleurs, le médecin-consultant ajoute, de manière pertinente, que le fait d'avoir eu un genou totalement asymptomatique durant plus d'une année malgré une lésion méniscale qui n'a pas guéri, tend à démontrer une pathologie qui n'est pas en lien avec un traumatisme direct comme celui vécu, mais bien une pathologie dégénérative. Il en conclut donc logiquement que l'événement du 17 septembre 2019 a entraîné une simple contusion du genou gauche, qui a mis en évidence la présence de lésions dégénératives préexistantes. Les appréciations (mai et septembre 2021) données par le médecin-consultant s'avèrent convaincantes. Ce d'autant plus que le diagnostic de gonarthrose fémoro-tibiale interne révélé par le spécialiste en orthopédie et traumatologie en février 2021 se trouvait à un stade avancé (stade III) et que le rapport d'IRM en 2019 avait déjà mis en évidence une chondropathie sur le versant latéral du cartilage patellaire, soit une usure du cartilage au niveau de l'articulation du genou, correspondant au stade débutant de l'arthrose (voir c. 4.1 et 4.4). Partant, ces résultats d'examens tendent également à conforter les évaluations du médecin-consultant.

5.2 Par ailleurs, l'orthopédiste traitant n'expose pas véritablement, dans son avis divergent, les raisons qui le conduisent à considérer que la lésion méniscale est liée à l'accident du 17 septembre 2019 et non d'origine dégénérative, alors pourtant que les rapports d'imagerie médicale font état d'une usure de l'articulation du genou gauche. En l'absence d'un raisonnement ou d'explications plus étayés, son avis semble reposer sur le fait que les douleurs ne sont apparues qu'après l'événement survenu le 17 septembre 2019, si bien qu'elles se trouvent, selon lui, forcément en lien de causalité. Or, 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). A noter encore que le médecin-consultant a pris position sur le dernier rapport de l'orthopédiste traitant faisant état, en préopératoire, que la déchirure lors de l'arthroscopie se situait exactement au niveau des fils de la suture méniscale de septembre 2019, de sorte qu'il a été contraint de retirer les sutures méniscales ainsi que les ancras qui n'étaient pas résorbables. Il ressort de sa prise de position que ce constat n'établit pas que la lésion elle-même ait été causée par l'événement du 17 septembre 2019. En effet, les observations de l'orthopédiste traitant tendent plutôt à démontrer que les deux interventions de 2019 et 2021 sont liées, ce qui n'est du reste pas contesté. Ce dernier n'établit toutefois pas de lien de causalité entre la lésion méniscale de 2021 (ni d'ailleurs celle de 2019) et l'accident survenu le 17 septembre 2019. Finalement, s'agissant des avis du médecin traitant, le juge peut et doit également tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, il aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Sur le vu de ce qui précède, les éléments apportés par l'orthopédiste traitant ne suffisent pas, selon le critère de la vraisemblance prépondérante, à établir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 17 septembre 2019 et les douleurs nouvellement subies le 15 février 2021 ayant conduit à l'opération du jour suivant.

5.3 Sur la base de ce qui précède, le TA ne voit pas de raisons de s'écarter des rapports médicaux rédigés par le médecin-consultant, qu'il y a lieu de qualifier de probants. En substance, ils exposent que, lors de la rechute invoquée en février 2021, les douleurs ne se trouvent pas en lien de causalité avec l'accident du 17 septembre 2019, mais sont d'origines dégénératives. En d'autres termes, les rapports médicaux du médecin-consultant indiquent que le recourant aurait souffert tôt ou tard des lésions dégénératives que l'accident du 17 septembre 2019 a révélées, mais dont il n'est pas l'origine. Eu égard à ce qui précède, le recourant échoue à démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 septembre 2019 et les douleurs qui ont conduit à une opération le 16 février 2021. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre

en charge les traitements suite à la lésion méniscale interne constatée le 16 février 2021.

6.

6.1 Sur la base de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 En application de l'art. 1 al. 1 LAA en relation avec l'art. 61 let. ^{fbis} LPGA (raisonnement a contrario; voir aussi FF 2018 p. 1628), la procédure n'est pas soumise à des frais. S'agissant des dépens, il n'en est pas alloué au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 128 V 124 c. 5b, 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,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

La 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).