

**200.2022.195.LAA**

N° AVS

N° d'accident

BCE/EGC

## **Tribunal administratif du canton de Berne**

Cour des affaires de langue française

### **Jugement du 31 août 2022**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président

A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges

C. Wagnon-Berger, greffière

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

représenté par Me B. \_\_\_\_\_

recourant

contre

### **Visana Assurances SA**

Visana Services SA, Centre de prestations LAA

Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 16

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 2 mars 2022



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1960, est engagé en tant qu'agent du Canton de Berne. A ce titre, il est assuré par son employeur auprès de la société Visana Assurances SA (ci-après: Visana) pour les accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration d'accident du 1<sup>er</sup> septembre 2020, l'assuré, par son employeur, a annoncé à Visana qu'il avait subi un accident non professionnel avec son scooter le 24 août 2020. Il a expliqué qu'afin d'éviter une voiture, il avait dû freiner abruptement, ce qui avait fait se soulever la roue arrière de son véhicule et l'avait projeté au sol. Lors de cette chute, sa tête avait heurté la chaussée, alors que son scooter était tombé sur sa jambe gauche. L'assuré a annoncé une ecchymose au genou gauche, des lésions internes à la jambe gauche, ainsi que des contusions à la jambe droite. Une incapacité de travail de 100% a été attestée médicalement dès le 26 août 2020. Le 4 septembre 2020, Visana a reconnu son obligation de prise en charge et a fourni des prestations.

**B.**

Par courrier du 24 novembre 2020, se fondant essentiellement sur une prise de position de son médecin-conseil du 12 novembre 2020, Visana a mis fin au versement des prestations dès le 15 septembre 2020 au motif que dès le 16 septembre 2020, les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident, mais à des changements dégénératifs ou à des facteurs étrangers à l'accident. Sur demande de l'assuré, une décision susceptible d'opposition, confirmant la teneur du courrier du 24 novembre 2020, a été rendue le 8 avril 2021. Par celle-ci, Visana a également renoncé à demander le remboursement des prestations déjà allouées et a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Suite à l'opposition formée le 8 mai 2021 par l'assuré, qui a également invoqué des contusions au genou droit à cette occasion, Visana a requis une nouvelle appréciation médicale d'un second médecin-conseil, dont la prise de position est datée du 30 janvier 2022. Fondée sur l'avis de son médecin-conseil, ainsi que sur

celui du 12 novembre 2020, elle a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 2 mars 2022.

### **C.**

Le 30 mars 2022, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, a interjeté recours contre la décision sur opposition de Visana du 2 mars 2022 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision sur opposition et au paiement des prestations légales au-delà du 15 septembre 2020, à tout le moins pour l'opération au ménisque interne du genou gauche intervenue le 2 décembre 2020. Dans son mémoire de réponse du 2 mai 2022, Visana a conclu au rejet du recours. Le 10 mai 2022, le représentant de l'assuré a présenté sa note d'honoraires.

### **En droit:**

#### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 2 mars 2022 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations dès le 15 septembre 2020, rendue par l'intimée en date du 8 avril 2021. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 15 septembre 2020. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 24 août 2020 et les troubles dont a souffert le recourant au-delà du 15 septembre 2020.

**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. 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]).

**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 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 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). 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 147 V 161 c. 3.1, 129 V 177 c. 3.1 et 3.2).

**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 ("conditio sine qua non"; ATF 147 V 161 c. 3.2). Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également

les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, quand bien même le dommage en question serait apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et celui-ci ne représente par conséquent une "condition sine qua non" que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (SVR 2012 UV n° 8 c. 4.2.1).

**2.3** Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ("statu quo ante") ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ("statu quo sine"). A contrario, aussi longtemps que le "statu quo sine vel ante" n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 147 V 161 c. 3.3). 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 prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 c. 5.1).

**2.4** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). Après l'annonce d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 c. 9.1).

**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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** Se ralliant aux conclusions de ses deux médecins-conseils, l'intimée a considéré que les lésions présentes aux deux genoux de l'assuré n'étaient plus, à compter du 15 septembre 2020, en lien de causalité naturelle avec l'accident de scooter du 24 août 2020. Sur ces bases, elle a

retenu que l'accident précité n'avait causé que des blessures extra-articulaires (hématome et plaie) qui s'étaient résorbées avec le temps et que celui-ci n'avait pas eu d'influence objectivable sur l'espace interne de l'articulation des genoux. Elle a en outre soutenu que les médecins traitants de l'assuré ne se prononçaient pas sur les causes des lésions présentes aux deux genoux et qu'en ce sens les avis médicaux de ces médecins n'étaient d'aucun secours au recourant. Dans son mémoire de réponse du 2 mai 2022, l'intimée a en substance maintenu les arguments développés dans la décision sur opposition litigieuse. En particulier, elle a confirmé l'absence de causalité naturelle entre les troubles invoqués par le recourant et l'accident du 24 août 2020 et a ainsi exclu l'application de l'art. 36 al. 1 LAA avancé par celui-ci. Finalement, elle a défendu la valeur probante des rapports médicaux de ses deux médecins-conseils.

**3.2** Par son recours, l'intéressé a reproché à l'intimée de n'être pas parvenue à démontrer que la lésion corporelle à son genou gauche, assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. A ce titre, il a fait valoir que les avis des deux médecins-conseils de l'intimée, qui ne pouvaient être considérés comme des experts au sens de l'art. 44 LPG, n'étaient ni suffisants, ni probants (notamment en raison du fait que ces médecins ne l'avaient pas reçu en consultation) pour prouver que l'atteinte au ménisque n'était pas imputable à l'accident du 24 août 2020.

#### **4.**

Il ressort du dossier les éléments médicaux principaux suivants:

**4.1** Le 26 août 2020, l'assuré a consulté le service des urgences d'un hôpital régional. Les médecins du service ont procédé à des radiographies du genou gauche et de la colonne cervicale, lesquelles n'ont pas mis en évidence de fracture (voir dossier [dos.] intimée 24, 27 et 28). Un hématome au genou gauche a toutefois été observé (dos. intimée 24). Dans un rapport du 28 août 2020, les mêmes médecins ont constaté un hématome au latéral interne de la cuisse et dorsal du genou en coloration bleuâtre vers les zones déclives et jaunâtre vers la cuisse supérieure. Ils

ont conclu à l'absence de syndrome des loges et à une évolution favorable (dos. intimée 25).

**4.2** Suite à la persistance des douleurs au genou gauche, l'assuré a subi un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) le 15 septembre 2020. Dans le rapport y relatif du même jour, le radiologue a mentionné la présence d'une déchirure horizontale relativement large du ménisque interne, s'étendant du corps du ménisque jusqu'à la corne postérieure, ainsi qu'un léger déficit, plutôt dégénératif, du ménisque externe dans la zone de la corne antérieure. Ont également été mentionnés une chondropathie de la rotule avec contusion osseuse nette du cartilage rétropatellaire, un trouble de l'os sous-chondral, ainsi qu'un probable status après blessure et distorsion au moins partielle du rétinaculum médial avec légère avulsion dans la zone d'insertion sur le bord médial de la rotule, un épanchement articulaire modéré et un kyste de Baker (dos. intimée 52).

**4.3** L'assuré a consulté un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a posé, dans un rapport du 16 octobre 2020 et sur la base de l'examen IRM susmentionné (voir c. 4.2 ci-dessus), les diagnostics de lésion de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne gauche, de fracture-avulsion de l'aileron rotulien supéro-interne gauche, d'hématome traumatique de la face interne de la cuisse gauche et de suspicion de méniscopathie interne du genou droit (dos. intimée 49). En raison de l'apparition de douleurs internes au genou droit, le spécialiste a demandé un bilan en IRM de ce genou (dos. intimée 50) qui s'est déroulé le même jour. Le radiologue en charge de l'examen a mis en évidence une chondromalacie rétro patellaire de haut grade avec altération réactive de la moelle osseuse, ainsi qu'un plica mediopatellaris œdémateux. Il n'a toutefois pas observé de lésion interne traumatique (dos. intimée p. 54). Après avoir pris connaissance du résultat de l'examen IRM relatif au genou droit, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie a revu son patient le 20 octobre 2020, a confirmé ses trois diagnostics pour le genou gauche et a posé le diagnostic de contusion du pôle supérieur de la rotule droite, sans autre lésion majeure. S'agissant du genou gauche, le médecin

a recommandé une opération chirurgicale visant la suture du ménisque interne gauche (dos. intimée 60).

**4.4** Visana a soumis le cas du recourant à son médecin-conseil, par un spécialiste en chirurgie et médecine interne. Celui-ci, dans un rapport du 12 novembre 2020, a estimé que l'atteinte qui se présentait au ménisque interne gauche avait été causé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, par un processus en cours depuis un certain temps et n'était donc pas dû à l'accident. Selon lui, le statu quo sine a été documenté par l'examen IRM du 15 septembre 2020. S'agissant du genou droit, le médecin-conseil s'est étonné qu'un examen IRM ait été ordonné en l'absence de pathologie documentée au dossier. Dans ces conditions, il a retenu que l'examen précité du genou droit ne pouvait être mis en lien avec l'événement du 24 août 2020 (dos. intimée 70 et 71, ainsi que 91 et 92).

**4.5** L'intervention chirurgicale susmentionnée (voir c. 4.3 ci-dessus) s'est déroulée le 2 décembre 2020 et a consisté en une ménissectomie partielle et une suture de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne du genou gauche par arthroscopie (dos. intimée 97). Suite à une évolution postopératoire défavorable avec une symptomatologie externe para-rotulienne persistante sans explication, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie a pratiqué une infiltration-test de l'aileron rotulien (dos. intimée 127), puis a fait procéder à un nouvel examen IRM du genou gauche (dos. intimée 147). Celui-ci s'est déroulé le 30 mars 2021 et a révélé une inflammation du tractus iliotibial avec effet irritatif sur le condyle fémoral latéral. Un traitement de physiothérapie a été préconisé par le médecin (dos. intimée 156). Ce spécialiste a ensuite jugé l'évolution favorable (dos. intimée 171, 174 et 183) et mis un terme au traitement le 21 septembre 2021 (dos. intimée 183).

**4.6** Suite à l'opposition de l'assuré à sa décision d'arrêt des prestations du 8 avril 2021, Visana a soumis le dossier à un autre médecin-conseil (spécialiste en chirurgie orthopédique), qui s'est prononcé dans un rapport du 30 janvier 2022. Ce médecin a constaté que le recourant avait subi, lors de son accident du 24 août 2020, une contusion importante de la cuisse gauche, avec développement consécutif d'un hématome étendu. De plus, il a noté la présence d'une contusion à la nuque, pour laquelle des blessures

structurelles importantes ont pu être exclues dès le début. Il n'a pas noté d'altération récente palpable aux articulations des deux genoux, mais a observé des dégénérescences dans le cadre des examens IRM à gauche et à droite (dos. intimée 200 et 215). Selon le médecin-conseil, l'événement accidentel du 24 août 2020 a blessé l'assuré au genou gauche, mais exclusivement au niveau des structures extra-articulaires et n'a pas eu d'influence objectivable sur l'espace interne de l'articulation du genou. Quant au genou droit, le spécialiste a estimé que l'assuré n'avait pas non plus été touché de manière à être attestée morphologiquement et qu'il s'agissait exclusivement de pathologies étrangères à l'accident, selon un degré de vraisemblance prépondérante (dos. intimée 201 et 216).

**4.7** Avec son recours, l'assuré a transmis un courrier du 24 mars 2022 dans lequel le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie a retenu que la lésion méniscale interne du patient était d'origine traumatique (pièce justificative [PJ] 7 recours).

## **5.**

**5.1** En l'occurrence, il convient tout d'abord de relever qu'à juste titre, l'intimée ne conteste pas que l'assuré a subi un accident de scooter, ni que cet événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA (voir c. 2.1 ci-dessus). Le recourant partage au demeurant également cet avis. Par conséquent, même dans la mesure où l'atteinte à la santé constitue une lésion prévue à l'art. 6 al. 2 LAA, l'intimée n'est tenue de verser des prestations que jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. Contrairement à ce que prétend le recourant, il n'appartient pas à l'intimée d'apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, un tel cas de figure supposant l'absence d'accident au sens de l'art. 4 LPGA (voir c. 2.4 ci-dessus; ATF 146 V 51 c. 9.1). Est ainsi uniquement litigieux le point de savoir si l'appréciation médicale suivie par l'intimée est probante, c'est-à-dire s'il peut être admis au degré de la vraisemblance prépondérante qu'à tout le moins dès le 16 septembre 2020, l'atteinte à la santé du recourant n'est plus due à l'événement du 24 août 2020, mais

qu'elle a exclusivement été provoquée par des facteurs étrangers à celui-ci (statut quo sine).

## **5.2**

**5.2.1** 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

**5.2.2** 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 (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; Tribunal fédéral [TF] 8C\_672/2020 du 15 avril 2021 c. 2.3). 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. 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; SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4).

**5.2.3** Malgré cette aptitude de base à prouver, les rapports émanant de médecins spécialistes internes à l'assurance ne sont pas revêtus dans la pratique de la même force probante qu'une expertise, réalisée par des experts indépendants, de nature judiciaire ou ordonnée en cours de procédure par l'assureur en vertu de l'art. 44 LPGa. Si un cas d'assurance

devait être tranché sans qu'une expertise externe soit ordonnée, il convient alors de poser des exigences sévères en matière d'appréciation des preuves. S'il existe le moindre doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales internes à l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En particulier, les rapports des médecins traitants remis par la personne assurée doivent également être pris en considération. Si les conclusions d'une personne spécialisée interne à l'assurance sont mises en doute par le rapport concluant d'un médecin traitant, l'indication générale de sa position contractuelle (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ne suffit pas à écarter ces doutes. Il appartient bien plus au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer le dossier à l'assureur social, afin qu'il ordonne, dans le cadre de la procédure, une expertise selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 c. 5.1, 139 V 225 c. 5.2, 135 V 465 c. 4.4 à 4.6; TF 8C\_672/2020 du 15 avril 2021 c. 2.3).

**5.3** En l'occurrence, l'intimée s'est appuyée sur les rapports de ses deux médecins-conseils des 12 novembre 2020 (dos. intimée 70 et 91) et 30 janvier 2022 (dos. intimée 197 et 212). D'un point de vue formel d'abord, ces deux médecins, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute (spécialiste en chirurgie et médecine interne, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique) ont pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier. Le contexte aussi bien médical que factuel a été clairement décrit. Les médecins ont également pris connaissance des résultats d'imagerie au dossier (notamment les examens IRM réalisés les 15 septembre et 16 octobre 2020), ainsi que les avis médicaux antérieurs. Leurs conclusions sont dûment motivées et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner l'existence de lacunes lors de la genèse des rapports. Elles répondent ainsi aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 5.2.1 ci-dessus).

**5.4** Sur le plan matériel, les rapports des 12 novembre 2020 et 30 janvier 2022 sont également convaincants. Si l'écrit du 12 novembre 2020 du spécialiste en chirurgie et médecine interne apparaît, certes, succinct, il n'en demeure pas moins que celui-ci s'est prononcé de façon probante sur le lien de causalité naturelle existant entre l'événement du

24 août 2020 et les troubles aux genoux. C'est ainsi qu'il a expliqué en détails que, tant l'examen IRM du genou droit, que celui relatif au genou gauche, avaient mis en évidence une chondromalacie avec des kystes dans la patella (kystes de Baker, voir c. 4.2 ci-dessus), démontrant selon lui une modification dégénérative au genou gauche et donc la récupération du statu quo sine au 15 septembre 2020 (date de l'examen IRM du genou gauche; dos. intimée 70, 71, 91 et 92). Cet avis rejoint pour l'essentiel celui du second médecin-conseil, spécialiste en chirurgie orthopédique (rapport du 30 janvier 2022). Celui-ci, après avoir examiné avec soin les résultats d'examens radiologiques au dossier (en particulier ceux relatifs à l'examen IRM du 15 septembre 2020), a également considéré que les kystes (ou ganglions) partant de la corne postérieure vers l'artère poplitée, observés sur les images, démontraient des modifications chroniques dégénératives du stroma (dos. intimée 199 et 214). Cette conclusion est d'autant plus convaincante que ce médecin a également observé un corpus partiellement subluxé dans les récessus médians, conséquences selon lui d'un net relâchement de la racine dorsale du ménisque sans qu'une déchirure claire puisse être identifiée (dos. intimée 199 et 214). L'on précisera à l'attention du recourant que le premier médecin-conseil de Visana à s'être exprimé, spécialiste en chirurgie et médecine interne, a également conclu à la présence de dégénérescences, malgré le constat d'un ménisque arraché à sa racine (voir intimée 70 et 91). Ainsi, le fait que le second médecin-conseil, spécialiste en chirurgie orthopédique, ait retenu, dans son rapport du 30 janvier 2022, un simple "relâchement" de la racine dorsale du ménisque (et non un "arrachement", voir p. 8 recours), ne remet pas en cause son appréciation de manière globale et en particulier la conclusion à laquelle il est parvenu quant à la présence de modifications chroniques dégénératives. Par ailleurs, le spécialiste en chirurgie orthopédique a encore étayé son argumentation en réfutant l'appréciation du radiologue en charge de l'examen IRM du 15 septembre 2020. C'est ainsi qu'il a constaté que les modifications de la rotule, décrites par le radiologue précité comme des contusions osseuses (voir c. 4.2 ci-dessus), correspondaient plutôt à des œdèmes de la moelle osseuse sous-chondraux cystoïdes et que celles-ci constituaient donc, notamment au vu de l'image morphologique, des modifications chroniques (dos. intimée 199 et 214). Finalement et pour contrer le diagnostic de probable status après

blesse et distorsion au moins partielle du rétinaculum médial posé par le radiologue susmentionné (voir c. 4.2 ci-dessus), le médecin-conseil de l'intimée s'est appuyé sur l'examen IRM du genou droit (16 octobre 2020 voir c. 4.3 ci-dessus), lequel mettait en évidence des modifications quasi identiques à celles observées au genou gauche. Sur cette base, il a retenu de façon cohérente que les altérations du rétinaculum médial n'étaient pas la conséquence d'un traumatisme, mais plutôt d'une sursollicitation chronique (dos. intimée 199 et 214). S'agissant ensuite du genou droit, le spécialiste en chirurgie orthopédique a confirmé l'appréciation du radiologue en charge de l'examen IRM du 16 octobre 2020, lequel n'avait pas non plus observé de lésion interne traumatique (voir c. 4.3 ci-dessus; dos. intimée 199 et 214). Avec une argumentation concluante, il a ajouté que l'absence de plainte et de douleur à la suite directe de l'événement du 24 août 2020 excluait une influence exercée par celui-ci (dos. intimée 201 et 216). C'est donc de manière probante que le second médecin-conseil de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique, a considéré que des altérations pathologiques chroniques quasiment symétriques étaient présentes aux articulations des deux genoux dans la région de la rotule (également dans la part dorsale du ménisque médian à gauche) et que de telles altérations auraient tout à fait pu rester asymptomatiques encore plus longtemps. Le médecin a donc retenu, avec cohérence, que de telles pathologies devaient être considérées, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme étrangères à l'événement du 24 août 2020. Les explications du second médecin-conseil, particulièrement détaillées, avec référence à la littérature médicale topique (voir dos. intimée 200 et 215), convainquent tant par leur motivation que dans leurs conclusions, au contraire du rapport laconique du 24 mars 2022 du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie traitant (voir c. 4.7 ci-dessus). Ce dernier médecin a certes considéré que la lésion méniscale interne du genou gauche de l'assuré était d'origine traumatique en raison d'une lésion en anse de seau constatée lors du bilan arthroscopique du 2 décembre 2020. Son appréciation doit cependant d'emblée être relativisée à mesure qu'un médecin de famille - praticien généraliste ou spécialiste traitant - aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient eu égard à la relation de confiance établie avec celui-ci (ATF 143 V 130 c. 11.3.3, 125 V 351 c. 3b/cc). En tout état de cause, le rapport du 24 mars 2022, guère étayé,

ni spécialement précis, ne discute pas les différents éléments apportés par les médecins-conseils, pas plus qu'il ne contredit, de manière ciblée, l'appréciation de ces médecins quant à la présence de kystes (ou ganglions), preuve selon ceux-ci de modifications chroniques dégénératives. Par conséquent, le rapport du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie traitant du 24 mars 2022, n'est pas de nature à remettre en doute la valeur probante des rapports des médecins-conseils des 12 novembre 2020 et 30 janvier 2022.

**5.5** Contrairement à ce qu'en pense le recourant, le fait que les médecins-conseils de l'intimée ne l'aient pas examiné personnellement ne permet pas de remettre en cause la valeur probante de leurs rapports. En effet, le TF a eu l'occasion de préciser que, lorsqu'un médecin doit répondre à la question de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre les troubles allégués et l'accident assuré, la jurisprudence admet que cette appréciation puisse se faire sur la base d'un dossier médical et radiologique complet, c'est-à-dire sans qu'un examen clinique soit nécessaire. Le fait qu'un médecin interne à l'assureur-accidents n'ait pas examiné personnellement un assuré ne saurait dès lors diminuer la valeur probante de ses rapports (arrêt du TF 8C\_65/2021 du 17 juin 2021 c. 5.3.1 et la référence).

**5.6** Il résulte de ce qui précède que sur le vu des examens méticuleux et détaillés des médecins-conseils ayant donné lieu aux rapports des 12 novembre 2020 et 30 janvier 2022, les conclusions de ceux-ci, qui considèrent que l'événement du 24 août 2020 n'a pas provoqué de modifications structurelles objectivables dans l'espace interne des deux genoux, apparaissent comme étant convaincantes et fondées. C'est donc à raison que l'intimée s'est appuyée sur ces appréciations médicales pour juger de l'état de santé du recourant dans la décision sur opposition contestée. Ainsi, elle a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 24 août 2020 ne constituait qu'une cause révélatrice de l'atteinte aux deux genoux d'origine dégénérative et que cet accident, à tout le moins dès le 15 septembre 2020 (date de l'examen IRM du genou gauche), n'était plus la cause naturelle de la symptomatologie douloureuse persistante évoquée par le recourant, le statu quo sine étant atteint à ce

moment-là. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin à ses prestations (qu'elle a versées sans réduction jusqu'au 14 septembre 2020, conformément à l'art. 36 al. 1 LAA), avec effet au 15 septembre 2020. Dès lors qu'avec une vraisemblance prépondérante, une causalité naturelle doit être niée après cette date, il s'avère superflu d'examiner la question de la causalité adéquate.

## **6.**

**6.1** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**6.2** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens au recourant qui succombe (art. 1 al. 1 LAA en lien avec l'art. 61 let. <sup>f</sup><sup>bis</sup> LPGA et l'art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a).

**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, par son mandataire,
  - à l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique,

et communiqué:

- à C.\_\_\_\_\_.

Le président:

La greffière:

e.r.: G. Niederer, greffier

**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).