

200.2022.222.LAA

N° AVS
DAL/EGC

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

Jugement du 30 août 2022

Droit des assurances sociales

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

A. _____

représenté par Me B. _____

recourant

contre

Suva

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique
Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 Lucerne 2

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 15 mars 2022



En fait:

A.

A. _____, né en 1971, est employé par une société de service postal depuis le 1^{er} août 1993. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Par une déclaration d'accident-bagatelle du 14 juin 2021, l'assuré, par son employeur, a annoncé à la Suva que le 12 juin 2021 *"lors d'une partie de ping-pong, douleur ressentie en cours du jeu. Ensuite, enflement en-dessous du genou droit côté externe"*. Aucune incapacité de travail n'a été attestée. Le 21 juin 2021, la Suva a soumis à l'assuré un questionnaire concernant l'éclaircissement des faits. A cette occasion, l'assuré a précisé qu'en *"jouant au tennis de table avec une amie à la piscine de C. _____, j'ai fait un faux mouvement qui m'a fait légèrement trébucher au sol et ressenti de suite une douleur au genou droit et ensuite au-dessous du genou, une boule c'est formée (vu après quelques heures)"* (sic).

B.

Après avoir pris en charge les suites immédiates de l'accident, l'assureur-accidents a sollicité un rapport médical du spécialiste en chirurgie orthopédique consulté par l'assuré, puis soumis le cas à son médecin d'arrondissement. Fondé sur ce dernier document, l'assureur-accidents a ensuite fait part à l'assuré, le 13 août 2021, de son intention de mettre fin aux prestations avec effet au 12 septembre 2021. L'assuré, représenté par un avocat, a contesté le contenu de ce courrier le 8 septembre 2021 en se référant à un nouveau rapport de son spécialiste en chirurgie orthopédique du 2 septembre 2021. Par décision du 14 septembre 2021, fondé sur un deuxième avis de son médecin d'arrondissement reçu le 13 septembre 2021, l'assureur-accidents a nié tout droit à des prestations dès le 12 septembre 2021. En dépit de l'opposition formulée le 12 octobre 2021 par l'assuré, toujours représenté, la Suva a confirmé la décision précitée, par décision sur opposition du 15 mars 2022.

C.

Le 8 avril 2022, l'assuré, par son mandataire, a contesté la décision sur opposition de la Suva du 15 mars 2022 devant le 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 renvoi de la cause à l'autorité précédente pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans sa réponse du 10 juin 2022, la Suva a conclu au rejet du recours. L'avocat du recourant a produit sa note d'honoraires le 17 juin 2022.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 15 mars 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 14 septembre 2021 qui nie au recourant le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour l'événement du 12 juin 2021 au-delà du 12 septembre 2021. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, notamment la mise en œuvre d'une expertise. Est particulièrement critiquée par le recourant la force probante des rapports du médecin d'arrondissement de l'intimée sur lesquels celle-ci s'est fondée pour nier tout lien de causalité entre l'atteinte au genou droit du recourant et l'événement du 12 juin 2021 au-delà du 12 septembre 2021.

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 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA,

RS 832.20], 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). 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 (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). 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).

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 prester - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 c. 5.1).

3.

Il ressort du dossier les éléments médicaux suivants.

3.1 Suite à l'événement du 12 juin 2021, l'assuré a été examiné par un médecin généraliste le 14 juin 2021 (dossier intimée [dos.] 2/1). Celui-ci a notamment posé, dans son rapport du 15 juin 2021, le diagnostic de distorsion du genou droit avec suspicion de ganglion post-traumatique dans la partie latérale de l'articulation et a envoyé son patient chez un spécialiste en chirurgie orthopédique.

3.2 La division de radiologie d'une clinique privée a constaté, suite à une radiographie effectuée le 1^{er} juillet 2021, qu'il n'y avait pas de lésion osseuse récente délimitable (dos. 9/2). Le même établissement a encore produit un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 3 juillet 2021 (dos. 10/2). Ce dernier document fait état d'une légère dégénérescence du ménisque latéral avec une déchirure de la corne postérieure de la surface articulaire. La spécialiste en radiologie a conclu à une ancienne rupture du ligament collatéral latéral avec une formation consécutive de kystes (disposés en forme de grappe et en partie septés, formant une protubérance dans l'hypoderme). Elle a également relevé la présence de petits ganglions postérieurs à l'articulation tibio-fibulaire proximale et une légère dégénérescence du ménisque médial.

3.3 Dans un rapport daté du 1^{er} juillet 2021, mais se référant notamment à une consultation du 12 juillet 2021, le spécialiste en chirurgie orthopédique consulté par l'assuré a en particulier retenu une suspicion de ganglion traumatique du ménisque latéral droit. Il a également constaté l'absence de lésion osseuse et s'est prononcé sur la radiographie du 1^{er} juillet 2021, en mentionnant qu'une légère altération dégénérative de la

face postérieure de la rotule pouvait y être observée. Sur la base de l'IRM effectuée le 3 juillet 2021, il a relevé la présence d'une petite fissure sur le ménisque latéral dans la zone de la corne postérieure. Il a précisé que le ménisque médial semblait intact, avec peu de variations dégénératives. Le spécialiste a par ailleurs procédé à une ponction du ganglion le 12 juillet 2021 (dos. 8/2). Dans un nouveau rapport du 26 août 2021, ce même spécialiste a confirmé ses diagnostics, en précisant que le ganglion ponctionné n'était plus visible et a attesté d'une pleine capacité de travail (dos. 23/2).

3.4 Invité à apprécier les données médicales figurant au dossier et en particulier la question de savoir si les douleurs au genou droit invoquées par l'assuré étaient, selon un degré de vraisemblance prépondérante, imputables à l'événement du 12 juin 2021, le médecin d'arrondissement a répondu le 20 juillet 2021 par la négative (dos. 11/1). Dans un nouveau rapport du 13 août 2021, le médecin d'arrondissement a établi le constat d'un état dégénératif antérieur, en particulier une lésion antérieure du ligament latéral du genou droit, que l'accident avait aggravé. Il a relevé que le statu quo sine avait été atteint trois mois après l'accident, c'est-à-dire le 12 septembre 2021. Par ailleurs, il a souligné que l'accident n'avait causé aucune lésions structurelles supplémentaires, celles-ci ayant été exclues par le rapport de radiologie et d'IRM (dos. 15/1).

3.5 Selon une nouvelle prise de position du spécialiste en chirurgie orthopédique du 2 septembre 2021, demandée par l'assuré à la suite des avis du médecin d'arrondissement (voir. c. 3.4), l'IRM de l'articulation du genou droit du 3 juillet 2021 avait révélé d'une part une protubérance de liquide sur l'interligne articulaire externe du genou droit et d'autre part une petite fissure du ménisque externe. La protubérance s'était largement résorbée après aspiration du liquide et aucun traitement n'avait été nécessaire s'agissant de la petite fissure du ménisque externe en raison de l'absence de douleurs. Du point de vue du spécialiste, il existait très probablement un lien de causalité entre l'accident et la petite fissure du ménisque externe. Il a précisé que cette blessure du ménisque externe dans la partie postérieure correspondait au mécanisme de l'accident et

pouvait également entraîner une augmentation ultérieure de la formation de fissures, ainsi que des symptômes (dos. 27/3).

3.6 Suite aux objections formulées contre le courrier du 13 août 2021 de l'intimée signifiant à l'assuré la fin au 12 septembre 2021 des prestations allouées en lien avec l'événement incriminé, le médecin d'arrondissement s'est prononcé le 13 septembre 2021 de manière plus détaillée sur les questions qui lui avaient été soumises dans le cadre de sa précédente prise de position. Après avoir restitué sur la base du dossier le déroulement des faits et l'évolution clinique, il a relevé que l'IRM morphologique et le liquide gélatineux ponctionné indiquaient que la protubérance observée dans le genou droit correspondait à un ancien ganglion. Le médecin d'arrondissement a conclu à une ancienne atteinte dégénérative, ainsi qu'à un état consécutif à une lésion antérieure du ligament latéral externe de l'articulation du genou droit. Selon lui, l'événement du 12 juin 2021 n'avait causé qu'une aggravation temporaire de l'état antérieur et le statu quo sine avait été atteint dans les trois mois suivants cet événement. Le 10 mars 2022, le médecin d'arrondissement a encore explicité ses conclusions antérieures et s'est prononcé sur le rapport du spécialiste en chirurgie orthopédique (voir c. 3.7). En se basant sur l'analyse de l'IRM de la division de radiologie d'une clinique privée, il a conclu à une ancienne rupture du ligament latéral avec formation consécutive de kystes. Il a confirmé une légère dégénérescence du ménisque latéral avec déchirure de la corne postérieure sur la surface articulaire, ainsi que la présence de ganglions en arrière de l'articulation tibio-fibulaire proximale et une légère dégénérescence du ménisque médial.

3.7 Dans un courrier du 30 mars 2022 adressé à l'intimée postérieurement à la décision sur opposition contestée (voir SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4), le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant de l'assuré a indiqué que le déroulement de l'accident décrit par l'assuré, avec une flexion et une rotation externe de l'articulation du genou droit, correspondait exactement à une blessure du ménisque externe. Il s'est référé à la littérature depuis 1991 pour expliquer que dans le cas d'un "unhappy triad",

le ménisque externe était significativement plus souvent blessé que le ménisque interne (dos. 44/2).

3.8 A teneur de son ultime rapport établi le 8 juin 2022, le médecin d'arrondissement a mis en parallèle son évaluation et celle du spécialiste en chirurgie orthopédique traitant de l'assuré et a estimé que l'avis de celui-ci était erroné. Il a indiqué s'être basé sur le déroulement des événements tels que décrits par l'assuré (voir c. A ci-dessus). Sur la base de cette description, le médecin d'arrondissement a relevé qu'il ne s'agissait pas d'un traumatisme important, mais uniquement d'un traumatisme mineur. Il a également souligné que, du point de vue de la dynamique des événements, il ne pouvait pas y avoir eu une force importante exercée sur l'articulation du genou droit. S'il a reconnu qu'un tel traumatisme pouvait provoquer une lésion dans la région du ménisque externe, il a constaté que les résultats de l'IRM mettaient en lumière une lésion antérieure et a renvoyé à ce propos à son rapport du 10 mars 2022 (voir c. 3.6). De son point de vue, l'accident du 12 juin 2021 avait uniquement le caractère d'une aggravation passagère d'une lésion préexistante.

4.

Pour mettre fin à l'obligation de prêter que l'intimée a initialement reconnue, il convient d'établir que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'événement du 12 juin 2021 (c. 2.3 supra). Pour pouvoir répondre à cette question, il s'agit tout d'abord de déterminer la force probante des rapports du médecin d'arrondissement de l'intimée, des 13 août et 13 septembre 2021, ainsi que 10 mars et 8 juin 2022.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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).

4.1.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; TF 8C_672/2020 du 15 avril 2021 c. 2.3 et les références).

4.2 En l'occurrence, et d'un point de vue purement formel, l'impartialité du médecin d'arrondissement n'est à raison pas contestée, aucun élément tendant à la remettre en cause ne ressortant du dossier. En outre, l'appréciation de ce médecin, telle qu'elle ressort des prises de positions des 20 juillet, 13 août, 13 septembre 2021 et 8 juin 2022, est complète. Le médecin d'arrondissement, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, s'est basé sur l'étude du dossier médico-asséculo-logique, en

prenant notamment en compte les avis médicaux antérieurs. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. Par conséquent, l'ensemble des rapports satisfait aux exigences jurisprudentielles (voir c. 4.1.2 ci-dessus). A noter que l'absence d'examen personnel du recourant par le médecin d'arrondissement n'est pas à elle seule de nature à discréditer ses conclusions. Le TF a en effet 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, il faut admettre 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). En outre, s'agissant des radiographies du genou droit de l'assuré, contrairement à ce qu'affirme celui-ci, rien n'indique que le médecin d'arrondissement n'y ait pas eu accès. Bien au contraire, dès lors qu'il ressort clairement du dossier que ces radiographies se trouvaient dans le système d'archivage et de transmission d'images (PACS, pour "Picture Archiving and Communication System") de l'intimée (voir par exemple dos. 11/1). Ce médecin était donc en possession de tous les éléments nécessaires à une évaluation complète de l'état du genou droit du recourant. Au demeurant, l'évaluation finale d'un médecin-conseil ou d'un médecin employé d'un assureur social ne constitue de toute façon pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG, mais s'apparente davantage au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI) et qui ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (voir JTA AA/2018/36 du 20 juillet 2019 c. 4.3.1). Ils ne sont en conséquence pas soumis aux mêmes exigences formelles que les expertises médicales ou les examens médicaux auxquels il arrive également au SMR de procéder. Pour autant, on ne saurait leur dénier d'emblée toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la

situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2), ce qui est le cas en l'espèce.

4.3 D'un point de vue matériel, les rapports du médecin d'arrondissement sont également convaincants. L'argumentation principale s'appuie sur les rapports d'imagerie médicale réalisés les 1^{er} et 3 juillet 2021, lesquels mettent en évidence une dégénérescence de la corne antérieure/postérieure du ménisque latéral avec une déchirure de la corne postérieure de la surface de l'articulation. Ils révèlent également une altération cartilagineuse dans cette zone et des kystes sous-chondraux. Comme le fait à satisfaction valoir le médecin d'arrondissement, ces observations tendent ainsi à indiquer la présence de changements dégénératifs et non de conséquences d'un événement tel que celui survenu le 12 juin 2021. La spécialiste en radiologie arrive d'ailleurs à la même évaluation dans son rapport du 3 juillet 2021 lorsqu'elle conclut à un état d'origine dégénérative suite à une lésion antérieure du ligament collatéral au vu de la formation de kystes. Le médecin d'arrondissement explique ensuite, de manière pleinement pertinente, que suite au faux mouvement du genou droit intervenu le 12 juin 2021, une protubérance de la taille d'une châtaigne s'est formée dans la zone de l'articulation du genou externe et que cette protubérance correspond à un ancien ganglion. A ce propos, il relève que le liquide gélatineux ponctionné renvoie à une ancienne atteinte manifestement située auparavant dans l'hypoderme profond qui est soudainement apparue en surface, en sous-cutané, sous l'effet d'un mouvement exerçant une pression mécanique et hydraulique. Selon lui, cela correspond dans l'ensemble à un état antérieur asymptomatique qui n'a exercé par la suite aucun effet sur la mécanique articulaire et n'a provoqué aucun trouble, raison pour laquelle aucun traitement n'a été nécessaire. Ceci démontre donc une pathologie qui n'est pas en lien avec un traumatisme direct comme celui vécu, mais bien une pathologie dégénérative. Le faux mouvement du recourant du 12 juin 2021 n'a par ailleurs pas provoqué, selon le médecin d'arrondissement, d'autres lésions structurelles objectivables, puisque celles-ci ont été exclues au degré de la vraisemblance prépondérante par voie de radiologie (dos. 30/1 version allemande [vo] et dos. 37/1 version française [vf] et dos. 15/1). Ce médecin se prononce également sur l'avis du spécialiste en chirurgie orthopédique

traitant de l'assuré, selon lequel il existerait probablement un lien de causalité entre l'accident et la déchirure du ménisque externe. Il explique ainsi à satisfaction qu'il est clair que, sur la base du récit de l'assuré à propos du déroulement des événements, celui-ci n'a pas subi de traumatisme important, mais seulement un traumatisme mineur, excluant une chute avec rotation externe et une forte flexion de l'articulation du genou droit. Ce point de vue ne peut qu'être confirmé, dès lors qu'il ressort clairement du dossier que le spécialiste traitant ne se fonde pas sur un déroulement des événements correspondant à ce qu'a rapporté l'assuré. Ce dernier a en effet, dans un premier temps, mentionné une douleur ressentie lors d'une partie de tennis de table (dos. 1/1), puis, par la suite, a fait référence à un faux mouvement l'ayant légèrement fait trébucher (dos 6/1). Or, le spécialiste traitant parle pour sa part de chute avec rotation externe et forte flexion de l'articulation du genou droit (dos. 28/1), déroulement de l'événement qui n'a jamais été décrit de la sorte par l'assuré. Le médecin d'arrondissement a encore écarté l'existence d'un traumatisme de type "unhappy triad" (soit la rupture simultanée du ligament croisé antérieur, du ménisque interne et du ligament collatéral médial [dos. 41/1]), dès lors que l'assuré ne présentait pas de lésion du ménisque interne. Il a de plus valablement ajouté que, même dans l'hypothèse où un tel traumatisme pouvait s'accompagner d'une lésion dans la région du ménisque externe, les résultats de l'IRM confirmaient la présence d'une lésion antérieure en juin 2021. Le médecin d'arrondissement a encore expliqué qu'en cas d'état de vulnérabilité préexistant, comme en l'espèce, il n'était pas nécessaire d'exercer une force importante pour provoquer une lésion structurelle déterminante. Cela explique que, en l'absence de telle force, aucun dommage structurel consécutif à l'événement du 21 juin 2021 ne peut être confirmé avec un degré de vraisemblance prépondérante. Il en conclut donc logiquement que cet événement a entraîné une simple distorsion du genou droit, qui a mis en évidence la présence de lésions dégénératives préexistantes. Le statu quo sine a ainsi été atteint dans les trois mois suivants l'accident (rapport du médecin d'arrondissement du 8 juin 2022 en annexe au mémoire de réponse de l'intimée). Les appréciations données par le médecin d'arrondissement à ce propos s'avèrent convaincantes.

4.4 Pour sa part, le spécialiste en chirurgie orthopédique n'expose pas véritablement, dans son avis divergent, les raisons qui le conduisent à considérer que la fissure du ménisque externe est liée à l'événement du 12 juin 2021 et non d'origine dégénérative, alors pourtant que les rapports d'imagerie médicale font état de lésions dégénératives. L'on relèvera dans un premier temps que les appréciations du spécialiste n'étaient initialement pas en contradiction avec l'avis du médecin d'arrondissement. En effet, à l'issue de sa première consultation du 1^{er} juillet 2021, le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant de l'assuré avait attesté, sur la base du résultat de l'IRM, la présence d'une petite fissure sur le ménisque latéral, ainsi que d'une légère altération dégénérative de la face postérieure de la rotule. A aucun moment, il n'avait évoqué le faux mouvement de juin 2021 comme explication plausible à cette symptomatologie. Même lors du second examen le 26 août 2021, aucune mention n'a été faite à ce propos. Il convient également de relever que, tout comme le médecin généraliste traitant qui a examiné l'assuré en premier lieu le 14 juin 2021, le spécialiste en chirurgie orthopédique s'est uniquement inquiété du ganglion au genou, qui de par sa taille, a nécessité une ponction le 12 juillet 2021. Suite à cette ponction, il rapportait une évolution jusqu'alors favorable, avec une articulation du genou cliniquement stable et aucune douleur ressentie dans cette zone (dos. 23/2). Ce n'est que dans sa prise de position du 2 septembre 2021 ayant servi d'étayage aux objections formées le 8 septembre 2021 par son patient, et suite aux plaintes de celui-ci, que ce spécialiste a, pour la première fois, mais sans assortir pour autant ses propos d'une portée dépassant le degré probatoire de la simple probabilité, évoqué le lien de causalité entre la petite fissure du ménisque externe et l'événement du 12 juin 2021 (dos. 27/3). Pour justifier sa thèse, le spécialiste en chirurgie orthopédique s'est essentiellement appuyé, selon ses dires, sur la littérature traitant du " unhappy triad " depuis 1991 (voir c. 3.7). Toutefois, son avis n'est nullement documenté et les articles à ce propos, de caractère très général et qui ont en réalité essentiellement comme source "Wikipédia", ne lui sont d'aucun secours. En l'absence d'un raisonnement ou d'explications plus étayés, son avis semble bien plutôt reposer sur le fait que les douleurs ne sont apparues qu'après l'événement survenu le 12 juin 2021, 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 cela s'ajoute que, 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; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3), ce principe s'appliquant par ailleurs également au spécialiste traitant (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). Sur le vu de ce qui précède, les éléments apportés par le spécialiste en chirurgie orthopédique ne suffisent donc pas, selon le critère de la vraisemblance prépondérante, à établir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le faux mouvement survenu le 12 juin 2021 et les douleurs encore présentes chez le recourant après trois mois. Quoi qu'il en soit, ni la radiographie du 1^{er} juillet, ni l'IRM du 3 juillet 2021, n'ont permis d'établir la présence de lésions structurelles d'origine traumatique au niveau de l'articulation du genou droit. S'agissant plus particulièrement de l'IRM, celle-ci n'a aucunement permis de mettre en évidence des signes indirects en faveur d'un impact mécanique important subi à cette articulation, tel qu'une contusion osseuse. Eu égard par ailleurs au caractère bénin du trébuchement, qui n'a pas entraîné d'incapacité de travail, l'intimée ne s'est dès lors pas montrée sévère envers le recourant en fixant la récupération du statu quo sine au plus tard trois mois après l'événement.

4.5 Sur la base de ce qui précède, le TA ne voit pas de raisons de s'écarter des rapports médicaux rédigés par le médecin d'arrondissement, qu'il y a lieu de qualifier de probants. En substance, ils exposent que les douleurs du recourant, toujours présentes, ne se trouvent plus en lien de causalité avec l'événement du 12 juin 2021 au-delà du 12 septembre 2021, mais sont d'origines dégénératives. En d'autres termes, ces rapports médicaux indiquent que le recourant aurait tôt ou tard souffert des lésions dégénératives que l'événement du 12 juin 2021 a révélées, mais dont il n'est pas à l'origine. Eu égard à ce qui précède, l'intimée a valablement démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence de lien de causalité naturelle entre l'événement du 12 juin 2021 et les douleurs

persistantes au-delà du 12 septembre 2021. Partant, c'est à bon droit qu'elle a mis un terme aux prestations à cette date.

5.

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

5.2 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. ^f^{bis} 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 Helsana Assurances SA, case postale, 1001 Lausanne.

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).