

200.2022.460.LAA
N° AVS
DAL/EGC

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

Jugement du juge unique du 18 janvier 2023

Droit des assurances sociales

C. Tissot, juge
L. D'Abruzzo, greffière

A. _____

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 7 juillet 2022



En fait:

A.

A._____, né en 1987, a travaillé en dernier lieu comme ouvrier d'exploitation avant de percevoir des indemnités journalières de l'assurance-chômage depuis le 25 août 2020. Par déclaration de sinistre du 23 septembre 2021, la Caisse de chômage du canton de Berne a annoncé à son assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva), que l'assuré avait subi le 15 août 2021 un accident non-professionnel en glissant à moto. Une incapacité de travail a été attestée du 7 au 10 septembre 2021, puis régulièrement prolongée. Le 30 septembre 2021, la Suva a soumis à l'assuré un questionnaire relatif au déroulement de l'accident. A cette occasion, A._____ a notamment précisé s'être cogné le genou droit.

B.

Après avoir pris en charge les suites immédiates de l'accident, l'assureur-accidents a reçu des rapports et imageries médicales d'un centre hospitalier régional consulté par l'assuré, puis a soumis à deux reprises le cas à son médecin d'arrondissement. Par décision du 29 mars 2022, il a nié tout droit à des prestations dès le 23 novembre 2021. En dépit de l'opposition formulée le 17 avril 2022 par A._____, la Suva a confirmé la décision précitée par décision sur opposition du 7 juillet 2022.

C.

Par courrier du 2 août 2022, complété le 24 août 2022, A._____ a contesté la décision sur opposition de la Suva du 7 juillet 2022 devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il a conclu implicitement à l'annulation de cette décision sur opposition et à l'octroi d'indemnités journalières de la Suva jusqu'au mois de février 2022. Dans sa réponse du

22 septembre 2022, la Suva a conclu au rejet du recours. L'assuré a répliqué par courrier du 16 octobre 2022 en confirmant ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 7 juillet 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 29 mars 2022 qui nie au recourant le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour l'événement du 15 août 2021 dès le 23 novembre 2021. L'objet du litige porte implicitement sur l'annulation de cette décision sur opposition et, principalement, sur la poursuite du versement des prestations jusqu'en février 2022, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est en particulier litigieuse l'appréciation médicale sur laquelle l'intimée s'est fondée pour admettre l'absence de lien de causalité entre l'accident survenu le 15 août 2021 et les troubles dont a souffert le recourant dès le 23 novembre 2021.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] par renvoi de l'art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20], art. 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 inférieure à Fr. 20'000.- (trois mois de prestations), le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 57 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 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). 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 constitue 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).

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).

3.

Il ressort du dossier les éléments médicaux suivants.

3.1 Suite à l'événement du 15 août 2021, et après qu'une hémorragie intracrânienne a été exclue grâce à un scanner du crâne (dossier intimé [dos.] 20/1) ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM; dos. 22/1), l'assuré a été examiné par le médecin-chef en orthopédie d'un centre hospitalier régional le 21 septembre 2021 (dos. 17/1). Celui-ci a notamment posé le diagnostic de suspicion de lésion interne du genou droit, ainsi que de suspicion du syndrome de Gilbert. Il a constaté d'importantes douleurs persistantes six semaines après l'accident. Dans un rapport du 24 septembre 2021 relatif à une consultation du même jour, le médecin-chef en orthopédie a posé le diagnostic d'une suspicion d'arthrose fémoro-patellaire droite, ainsi que d'une suspicion de retortorta congénitale. A cette occasion, il a fait référence à une IRM du genou droit effectuée le 23 septembre 2021 (dos. 18/2). Celle-ci a mis en évidence une chondropathie de stade III, voire de stade IV, de l'articulation fémoro-patellaire, avec la formation à cet endroit de multiples kystes sous-chondraux. Aucune déchirure du ménisque interne ou externe n'a été observée (dos. 19/1). Le rapport du centre hospitalier régional du 15 octobre 2021 (dos. 26/1), fondé essentiellement sur une IRM du 15 octobre 2021 (dos. 21), a posé comme diagnostics une chondropathie de stade IV, de l'arthrose fémoro-patellaire latéral avancée à droite, un malalignement torsionnel bilatéral avec une retortorta congénitale et une suspicion d'arthrose rétro-patellaire gauche avancée. Ces diagnostics ont

été confirmés dans des rapports des 11 et 25 mars, ainsi que 8 juin 2022 (dos. 41/2, 54/2 et 59/2).

3.2 Le médecin d'arrondissement a été invité à apprécier les données médicales figurant au dossier. L'intimée lui a en particulier posé la question de savoir si la santé de l'assuré était, selon un degré de vraisemblance prépondérante, atteinte de manière manifeste avant l'accident du 15 août 2021 au niveau du genou et, le cas échéant, si l'accident avait entraîné des lésions supplémentaires structurelles objectivables. Le médecin d'arrondissement a répondu le 22 novembre 2021 que l'assuré était atteint avant l'accident de gonarthrose et que celui-ci n'avait causé qu'une contusion du genou dans le sens d'une aggravation temporaire avec une guérison attendue dans les trois mois (dos. 27/2). Le 29 mars 2022, ce médecin s'est prononcé de manière plus détaillée sur les questions de l'intimée. Après avoir restitué sur la base du dossier le déroulement des faits et l'évolution clinique, il a retenu comme diagnostic lié à l'accident une contusion du genou droit et à titre de diagnostic indépendant de cet événement, de l'arthrose rétropatellaire avancée à droite. Il a mentionné que les imageries médicales n'avaient pas permis de déceler de lésions structurelles dues à l'accident. Il a conclu que l'assuré souffrait depuis environ deux ans de douleurs dans la région de l'articulation du genou droit dues à de l'arthrose rétropatellaire (dos. 44/3).

4.

Pour mettre fin à l'obligation de prêter que l'intimée a initialement reconnue, il convient d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'événement du 15 août 2021. Pour pouvoir répondre à cette question, il s'agit de déterminer la force probante des rapports du médecin d'arrondissement de l'intimée des 22 novembre 2021 et 29 mars 2022, sur lesquels celle-ci s'est fondée pour refuser toute prestation dès le 23 novembre 2021.

4.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee; 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 figure dans sa prise de position du 29 mars 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, les deux avis de ce spécialiste satisfont aux exigences jurisprudentielles précitées (voir c. 4.1 ci-dessus).

4.3 Sous l'angle matériel, les deux avis du médecin d'arrondissement sont également convaincants. L'argumentation principale de celui-ci

s'appuie sur les rapports d'imagerie médicale réalisés les 23 septembre et 15 octobre 2021, lesquels mettent en évidence une dégénérescence avancée dans les articulations fémoro-patellaires droite et à gauche. Ces avis médicaux ont d'ailleurs encore été confirmés dans un rapport du 18 mars 2022, cité par le centre hospitalier régional dans son rapport du 25 mars 2022, relatif au genou gauche. Le rapport du 23 septembre 2021 mentionne également une altération cartilagineuse dans la zone de l'articulation du genou droit, des kystes sous-chondraux et un œdème de la moelle osseuse. 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 15 août 2021, ce d'autant plus que le genou gauche, qui n'a pas été touché dans l'accident, présente également de tels changements. Ce médecin explique dès lors de manière pleinement pertinente que la région touchée par l'accident était déjà altérée avant l'accident par de l'arthrose rétropatellaire précoce. Il en déduit que l'accident a entraîné une contusion de l'articulation du genou droit avec une aggravation temporaire de l'état dégénératif antérieur. Ainsi, on ne saurait contester que les symptômes qui se sont manifestés trois mois après l'accident sont pour leur part l'expression de l'arthrose rétropatellaire (dos. 44/3). Ceci démontre donc une pathologie qui n'est pas en lien avec un traumatisme direct comme celui vécu, mais bien une pathologie dégénérative. L'accident du 15 août 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. 18/2). Il en conclut ainsi logiquement que cet événement a entraîné une simple contusion du genou droit, qui a mis en évidence la présence de lésions dégénératives préexistantes.

4.4 Pour sa part, le médecin-chef en orthopédie du centre hospitalier régional consulté par le recourant rejoint l'avis du médecin d'arrondissement s'agissant de l'origine de la lésion. Il a relevé, sur la base de l'IRM du genou droit du 23 septembre 2021, une arthrose fémoro-patellaire focale et latérale très avancée, sans indices de lésions traumatiques (dos. 18/2). Dans un rapport du 11 mars 2022, il a d'ailleurs

souligné que des mesures chirurgicales de correction ne seraient pas efficaces au vu de la dégénérescence déjà très avancée et que le remplacement de l'articulation n'était pas envisageable en raison de l'âge de l'assuré (dos. 41/3). Un second médecin-chef du centre hospitalier régional qui s'est intéressé à l'autre genou du recourant a également mis en évidence une arthrose rétropatellaire sévère selon une IRM du 18 mars 2022 (dos. 54/3). Sur le vu de ce qui précède, les éléments apportés par les spécialistes en orthopédie n'ont pas permis d'établir la présence de lésions structurelles d'origine traumatique au niveau de l'articulation du genou droit. Ces spécialistes ont bien plus attesté de dégénérescences sévères aux deux genoux, à l'instar de celles retenues par le médecin d'arrondissement. L'assuré a d'ailleurs lui-même admis souffrir depuis environ deux ans d'arthrose du genou. Il a également affirmé qu'il n'était plus en mesure de courir depuis quelques années en raison de douleurs dans la région de l'articulation du genou droit (dos. 13/1, 18/1 et 44/3).

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, ce médecin expose que les douleurs du recourant ne se trouvent plus en lien de causalité avec l'événement du 15 août 2021 dès le 23 novembre 2021, mais sont d'origine dégénérative. Cela signifie que l'assuré aurait tôt ou tard souffert de lésions dégénératives que l'événement du 15 août 2021 a révélées, mais dont cet événement n'est pas à l'origine. Eu égard à ce qui précède, et notamment aux autres rapports médicaux des médecins traitants se trouvant au dossier, l'intimée a valablement démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence de lien de causalité naturelle entre l'événement du 15 août 2021 et les douleurs persistant au-delà du 22 novembre 2021. Contrairement à ce que fait valoir le recourant, 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). Partant, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme aux prestations au 23 novembre 2021.

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} et 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,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le juge:

La greffière:

e.r.: P. Annen-Etique, 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).