200.2022.488.LAA
N° AVS
NIG/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 22 décembre 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges
G. Niederer, greffier

A._____
représenté par Me B._____

recourant

contre

Helsana Accidents SA
Droit & Compliance, Avenue de Provence 15, case postale 839
1001 Lausanne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 26 juillet 2022

En fait:

A.

A._____, né en 1968, divorcé et sans enfant, a été engagé en dernier lieu en qualité de "business analyst" à plein temps en 2006. Par déclaration d'accident du 9 novembre 2021, son employeur a communiqué à Helsana Accidents SA, soit l'assureur-accidents (obligatoire) de l'intéressé, que celui-ci avait subi un accident non professionnel le 28 août 2021. Dans cet écrit, il était fait état d'une déchirure au genou gauche et mentionné que l'assuré s'était agenouillé et assis sur ses pieds, avec les jambes pliées au maximum, puis qu'il avait ressenti une vive douleur à l'arrière de ce genou. Selon ce document, une incapacité de travail avait par la suite été attestée à partir du 8 novembre 2021.

B.

Après avoir encore reçu un rapport d'IRM de la division de radiologie d'une clinique, Helsana Accidents SA s'est procurée des rapports du médecin (interniste) traitant et d'un centre hospitalier, notamment au sujet d'une opération subie par l'assuré le 16 décembre 2021. Elle a ensuite demandé des précisions à ce dernier à propos du déroulement de l'événement, puis a sollicité l'avis d'un médecin-conseil, qui s'est exprimé le 10 janvier 2022. Sur ce fondement et par décision du 4 février 2022, Helsana Accidents SA a nié tout droit à des prestations en lien avec les faits survenus le 28 août 2021.

C.

L'opposition interjetée le 4 mars 2022 par l’assuré, défendu par un avocat, a été rejetée par décision sur opposition d'Helsana Accidents SA du 26 juillet 2022.

D.

Par mémoire du 26 août 2022, l'assuré, toujours représenté, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition d'Helsana Accidents SA et à ce qu'il soit ordonné à cette dernière de reconnaître son obligation de prise en charge, ainsi que de fournir les prestations d'assurances dues en lien avec l'événement du 28 août 2021. Dans sa réponse du 27 septembre 2022, l'intimée a quant à elle conclu au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 26 juillet 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 4 février 2022, par laquelle l'intimée a nié tout droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur le droit de l'assuré à des prestations de cette assurance. Est en particulier litigieuse la question de savoir si l'intimée a établi à suffisance que l'atteinte subie était due de manière prépondérante à de l'usure ou à un état maladif préexistant.

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 valablement représentée, 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], en lien avec l'art. 1 al. 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 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

2.2.1 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

version en vigueur depuis le 1er 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).

2.2.2 Pour l'application de l'art. 6 al. 2 LAA, aucun facteur extérieur ni, partant, aucun événement assimilable à un accident ou situation présentant un potentiel accru de dommage au sens de la jurisprudence relative à l'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202) ne sont requis. La seule présence d'une lésion corporelle figurant dans la liste prévue à l'art. 6 al. 2 let. a - h LAA engendre désormais la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Toutefois, la possibilité d'une preuve libératoire prévue à l'art. 6 al. 2 LAA continue de rendre nécessaire la distinction entre les lésions corporelles assimilées à un accident incombant à l'assureur-accidents et les lésions au sens de la liste dont la cause réside dans l'usure ou une maladie et qui sont à la charge de l'assureur-maladie. Aussi, la question d'un événement initial dont on se souvient et qu'on peut identifier demeure également pertinente après la révision de la LAA, notamment en raison de l'importance d'un lien de rattachement temporel. La preuve libératoire que peut apporter l'assureur-accidents se trouve en règle générale simplifiée lorsqu'aucun événement initial n'a été établi lors de la phase d'instruction faisant suite à l'annonce d'une lésion figurant dans la liste (voir art. 43 al. 1 LPGA) ou qu'il s'agit d'un événement tout à fait mineur ou anodin. En effet, l'éventail complet des causes de la lésion corporelle en question doit être pris en compte pour opérer la distinction précitée qui est en premier lieu du ressort des spécialistes de la santé. Outre l'état médical préexistant, il y a lieu de mettre en lumière l'ensemble des circonstances liées à la première apparition des douleurs. Les différents indices qui parlent en faveur ou contre l'usure ou une maladie doivent être mis en balance d'un point de vue médical. Pour admettre une preuve libératoire, l'assureur-accidents doit, sur la base d'appréciations médicales concluantes – à un degré de vraisemblance prépondérante – établir que la lésion corporelle concernée est principalement, à savoir à plus de 50% dans tout l'éventail des causes possibles, imputable à l'usure ou à une maladie. Si l'éventail des causes réside uniquement dans des éléments qui indiquent une usure ou une

maladie, il s'ensuit immanquablement que l'assureur-accidents est parvenu à apporter une preuve libératoire et qu'il est inutile de procéder à des clarifications supplémentaires (ATF 146 V 51 c. 8.6).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.4 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 Dans la décision sur opposition attaquée et sa réponse, l'intimée a en premier lieu indiqué que l'événement litigieux n'avait pas un caractère extraordinaire. Elle a expliqué que le mouvement effectué faisait partie des gestes de la vie courante, qu'il ne s'était pas déroulé de façon non programmée et qu'il avait eu lieu dans des conditions extérieures normales. Elle a ensuite rappelé que l'atteinte subie faisait néanmoins partie des lésions corporelles assimilées à un accident. Or, à ce propos, elle s'est référée aux avis de son médecin-conseil et a retenu que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, à savoir à une chondropathie du condyle fémoral interne. Ainsi, elle a conclu que le lien de causalité naturelle entre l'événement et la lésion n'était que possible. L'intimée a encore ajouté qu'aucun rapport médical ne contredisait le point

de vue du médecin-conseil. En particulier, elle a déclaré que même si le centre hospitalier qui avait pris en charge l'assuré avait admis une lésion traumatique, celui-ci n'en avait aucunement expliqué les raisons. Aussi, l'intimée a relaté qu'il fallait seulement déduire du terme "traumatique" que l'atteinte était survenue chronologiquement en rapport avec l'événement du 28 août 2021. Enfin, elle a souligné que le rapport du médecin-conseil était clair et motivé, qu'il avait ainsi une pleine valeur probante et qu'il ne se justifiait donc pas de mettre en œuvre une expertise.

3.2 Dans son recours, l'intéressé souligne d'abord qu'il ne conteste pas qu'il n'a pas subi un accident au sens légal. Cependant, il soutient que l'intimée s'est méprise en avançant, dans la décision sur opposition du 26 juillet 2022, que l'atteinte était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Cette conclusion serait en effet erronée, puisque le médecin-conseil aurait aussi relevé qu'il était possible que le mouvement litigieux ait justifié l'opération du 16 décembre 2021, qu'il n'était "pas sûr" que la blessure était récente et que l'atteinte "a[vait] dû" être débridée. De même, il souligne que ce médecin n'a quoi qu'il en soit pas exposé les raisons pour lesquelles il a retenu que la lésion était surtout due à l'usure ou à la maladie. Le recourant avance en outre que l'explication de ce médecin, s'agissant du lien de causalité entre l'événement du 28 août 2021 et l'opération, n'est pas compréhensible, que ses constatations ne sont pas certaines et que son point de vue repose sur une simple supposition. Partant, il prétend que les rapports de ce médecin ne sont pas probants, au contraire de ceux du centre hospitalier, qui démontrent d'après lui que l'atteinte est d'origine organique. Enfin, le recourant relate que si, contre toute attente, le TA parvient au résultat que ces rapports ne suffisent pas à l'établir, il se justifie d'ordonner une expertise.

4.

Le dossier permet de constater les faits médicaux principaux suivants.

4.1 Dans la déclaration d'accident du 9 novembre 2021, le déroulement de l'incident a été relaté comme suit: "[p]our chercher une paire de souliers au fond d'un meuble, je me suis assis sur mes pieds. Mes jambes étaient

donc pliées au maximum. A ce moment-là, j'ai ressenti une vive douleur à l'arrière de mon genou gauche (comme un éclair). Les semaines suivantes, j'ai bien remarqué de temps à autre que je ressentais une tension et une légère douleur à l'arrière du genou, mais cela ne m'a pas inquiété. Je pensais que la cause était musculaire. Mais depuis deux semaines, j'ai commencé à ne plus pouvoir marcher normalement et à avoir des douleurs récurrentes. Je suis donc allé voir mon médecin de famille, qui suspecte une déchirure du ménisque extérieur. Je vais passer une IRM ce mercredi 10.11. Aujourd'hui, j'ai des douleurs vives et constantes, et ne peux plus marche[r] sans béquilles".

4.2 D'après un rapport d'IRM du 11 novembre 2021 de la division de radiologie d'une clinique, aucun signe de contusion ou de fracture n'a été relevé. Cependant, une large déchirure oblique et horizontale de la corne postérieure du ménisque a été constatée, allant presque jusqu'au corps de celui-ci. Une déchirure radiaire du ménisque a en outre aussi été signalée, de même que de légères altérations du cartilage au niveau du condyle médial du fémur, un épanchement modéré de l'articulation et un petit kyste de Baker, avec une bursite correspondante d'un tendon.

4.3 Le 23 novembre 2021, un centre hospitalier a posé les diagnostics de lésion traumatique médiale de la corne postérieure du ménisque et de soupçon de lésion médiale du ménisque du côté gauche. Il a en particulier été relaté que le recourant avait subi une première distorsion du genou gauche trois mois plus tôt, puis un nouvel épisode similaire le 22 novembre 2021. Ce dernier événement avait exacerbé les fortes douleurs provoquées après le premier incident, qui avaient pourtant en partie pu être atténuées grâce à une thérapie conservatrice. Une boiterie a été constatée, ainsi qu'une réaction douloureuse à la palpation au niveau de l'espace articulaire médial et latéral. Une opération a par ailleurs été convenue (arthroscopie et résection du ménisque, éventuellement méniscectomie partielle).

4.4 Dans un rapport d'opération du 16 décembre 2021 (arthroscopie diagnostique du genou et résection du ménisque médial, puis débridement du cartilage du condyle du fémur médial), les diagnostics de lésion traumatique médiale de la corne postérieure du ménisque, de soupçon de

lésion médiale du ménisque du côté gauche, de même que de lésion chondrale du condyle du fémur médial, ont été posés.

4.5 Le 23 décembre 2021, le médecin-traitant a confirmé ces mêmes diagnostics et retenu également celui de status après l'intervention du 16 décembre 2021. Il a jugé le pronostic bon et précisé qu'aucune séquelle n'était à attendre.

4.6 Dans un formulaire du 23 décembre 2021 également, le recourant a fourni des précisions à l'intimée, s'agissant du déroulement de l'incident. Il a relaté qu'en cherchant ses souliers au fond d'une armoire profonde, il s'était baissé dans les genoux et assis sur les pieds un peu trop rapidement. Il a précisé qu'il avait alors senti une très vive douleur à l'arrière du genou gauche et d'abord pensé à un claquage musculaire. Il a ajouté que les douleurs étaient devenues toujours plus vives et qu'une gêne croissante pour marcher était apparue, si bien qu'il avait décidé de consulter son médecin. Le recourant a de plus répondu "oui" à la question de savoir s'il avait accompli une activité habituelle, si celle-ci avait eu lieu dans des conditions extérieures normales et s'il s'était passé quelque chose de particulier ou d'imprévu. A propos de cette dernière question, il a signalé qu'il avait agi dans la précipitation et qu'il s'était baissé trop vite en pliant les genoux ainsi qu'en s'asseyant sur les pieds.

4.7 Le 10 janvier 2022, le médecin-conseil de l'intimée, un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a posé le diagnostic de déchirure du ménisque interne avec lésion chondrale du condyle fémoral interne. Il a retenu qu'il n'était pas sûr que l'atteinte soit due à une blessure récente, puisque le ménisque présentait une chondropathie majeure du condyle fémoral interne. Il a au contraire conclu que l'atteinte subie était due de manière prépondérante à cet état préexistant, compte tenu aussi de l'âge de l'intéressé. Le médecin-conseil a finalement expliqué que l'action vulnérante de s'accroupir, même de façon brusque, n'était pas de nature à léser un ménisque. Un lien entre l'opération subie et l'événement litigieux du 28 août 2021 n'était donc que "possible" selon ce spécialiste.

4.8 Le centre hospitalier dans lequel le recourant avait été opéré s'est encore prononcé le 6 avril 2022. Il a répété ses diagnostics, en se référant

à un status après l'opération du 16 décembre 2021. Il a de plus fait savoir qu'une évolution réjouissante avait été rapportée par le recourant, avec en particulier une sensible diminution des douleurs résiduelles et une absence de boiterie. Des tensions et gonflements ont toutefois été signalés, avec de légers épanchements internes. Néanmoins, il a été relevé que l'articulation était stable et mobile. Une pleine capacité de travail a donc été attestée.

4.9 Après avoir pris connaissance de ce dernier rapport, le médecin-conseil de l'intimée a expliqué, dans un écrit du 23 mai 2022, qu'il maintenait ses conclusions. Il a déclaré que le rapport du centre hospitalier ne faisait que mentionner que l'évolution était favorable et a ajouté qu'il n'était pas surprenant qu'un petit épanchement perdure, vu que la lésion méniscale interne était accompagnée d'une chondropathie dégénérative condylienne.

5.

En premier lieu, force est de constater que le recourant ne conteste (à juste titre) pas que l'événement du 28 août 2021 ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA (voir c. 2.1). En effet, cette notion implique que cinq éléments soient réunis: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit ainsi que l'un de ces éléments fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 c. 4.3.1, 129 V 402 c. 2.1 et les références citées). Toutefois, au cas particulier, les parties s'accordent sur le fait que le mouvement litigieux n'a pas été accompagné d'un facteur extérieur extraordinaire (voir art. 6 § 2 et art. 7 § 1 du recours; voir aussi ch. 10 et 13 de la décision sur opposition attaquée). D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", soit lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur (à savoir la

modification entre le corps et l'environnement extérieur) constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 c. 3 § 3 et la doctrine citée). En l'occurrence toutefois, il résulte du dossier et n'est pas critiqué que le recourant a souffert de douleurs persistantes à l'arrière du genou gauche après s'être agenouillé et assis sur ses pieds brusquement, en pliant les jambes au maximum (dossier [dos.] de l'intimée, p. 29/1 s.). Ce processus est donc exempt d'un élément qui aurait perturbé l'exécution du mouvement (voir encore à ce propos: TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 c. 2.2, 8C_410/2017 du 22 mars 2018 c. 3.2, 8C_628/2016 du 13 juin 2017 c. 3 § 3; voir également à cet égard: ATF 134 V 72 c. 4.3.2.1). Comme les parties l'ont d'ailleurs aussi admis, quand bien même tel serait le cas, le facteur extérieur ne pourrait de toute manière être réputé "extraordinaire". En effet, le facteur est extraordinaire lorsque, d'un point de vue objectif, il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut qualifier d'ordinaires ou d'habituels. La caractéristique propre de ce qui est extraordinaire est donc de rendre unique un événement ordinaire. Les effets qui résultent des incidents et péripéties de la vie courante ne suffisent en principe pas pour justifier l'existence d'une atteinte à la santé. Suivant sa définition même, l'accident présuppose par conséquent que l'élément exogène revête un caractère à ce point extraordinaire qu'une explication endogène n'entre pas en considération (ATF 134 V 72 c. 4.1 et 4.1.1). Or, avec les parties, il faut admettre que le processus en cause dans le cas particulier est banal, habituel dans la vie courante et qu'il n'a donc rien d'extraordinaire (à l'instar p. ex. du fait de monter des escaliers [TF 8C_24/2022 du 20 septembre 2022 c. 5.2], de tenir un enfant en l'air [TF 8C_395/2020 du 28 septembre 2020 c. 4.3] ou, pour un infirmier, de se retourner précipitamment pour retenir une patiente en train de se lever de sa chaise roulante [TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 c. 5.2.2]). C'est donc à raison que l'intimée a nié que les faits litigieux constituent d'un accident.

6.

Il n'en reste pas moins que l'atteinte subie par le recourant, à savoir une déchirure du ménisque, fait partie des lésions corporelles assimilées à un

accident, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Par conséquent, se pose la question de savoir si l'intimée pouvait refuser d'allouer ses prestations, motif pris que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (voir c. 2.3). Il convient dès lors d'examiner la force probante des rapports médicaux du médecin-conseil, qui ont servi de base au prononcé attaqué de l'intimée du 26 juillet 2022.

6.1 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 dès lors 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; TF 8C_672/2020 du 15 avril 2021 c. 2.3).

6.2

6.2.1 Au cas particulier, d'un point de vue formel, force est premièrement de constater que les qualifications du médecin-conseil, soit en chirurgie orthopédique et en traumatologie, échappent à toute critique. Par ailleurs, les rapports de ce médecin, du 10 janvier et du 23 mai 2022, énumèrent l'ensemble des éléments déterminants figurant au dossier (voir dos. de l'intimée, p. 5/1 et 18/1). Force est donc d'admettre qu'ils reposent sur une connaissance claire et approfondie des faits. Pour cette raison d'ailleurs et puisqu'il s'agissait en l'espèce seulement d'apprécier le rapport de causalité entre l'atteinte et l'événement litigieux, un examen personnel de l'intéressé n'était pas nécessaire (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 c. 4.4.1), ce que le recourant ne soutient du reste pas. Qui plus est, comme cela résulte de l'examen matériel qui suit (voir c. 6.2.2), même s'il est vrai que les rapports du médecin-conseil sont particulièrement succincts, on ne saurait

pour autant suivre le point de vue du recourant, qui prétend que l'avis du médecin-conseil n'est ni motivé, ni compréhensible. Par conséquent, sur le plan formel, les rapports de ce médecin, des 10 janvier et 23 mai 2022, répondent aux exigences posées par la jurisprudence du TF, s'agissant de la valeur probante des rapports médicaux.

6.2.2 Sous l'angle matériel, il faut d'emblée préciser que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient que le médecin-conseil de l'intimée a admis qu'il était possible qu'il existe un lien entre l'événement du 28 août 2021 et l'opération survenue par la suite, si bien que l'intimée n'aurait pas apporté la preuve que l'atteinte était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (art. 7 § 9 s. du recours). En premier lieu, même si tel avait été le cas, force est de rappeler que la simple possibilité de l'existence d'un rapport de causalité entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé ne suffirait pas pour fonder un droit aux prestations. Le lien de causalité doit être à tout le moins "probable" (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 c. 3.1). Par ailleurs, les propos du recourant doivent quoi qu'il en soit être nuancés. En effet, il ne faut pas perdre de vue que le médecin-conseil avait à cet égard répondu à la question de l'intimée, qui lui avait demandé si l'opération était attribuable "de manière certaine", "grandement probable", "au degré de la vraisemblance prépondérante" ou de manière "seulement possible" à l'événement du 28 août 2021 (voir aussi art. 7 § 7 du recours). Ainsi, il est réducteur d'affirmer uniquement que le médecin-conseil a estimé qu'il était "possible" qu'il y ait un lien entre le mouvement litigieux et l'atteinte subie. Il en va du reste de même, lorsqu'il prétend que ce médecin a retenu qu'il n'était "tout simplement pas sûr qu'on soit en présence d'une blessure récente" (art. 8 § 6 du recours). Replacé dans son contexte, le terme "possible" choisi par le médecin-conseil dans son rapport du 10 janvier 2022, doit être compris dans le sens où une relation entre ces éléments a en fait été jugée "tout au plus possible". C'est donc en vain que le recourant affirme que cette réponse démontre à elle seule que l'intimée n'est pas parvenue à démontrer que l'atteinte au ménisque était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Ainsi que le recourant l'a du reste également relevé (art. 7 § 12 du recours), ce médecin s'est clairement prononcé en ce sens, en répondant par l'affirmative à la question de savoir si, selon lui, la lésion répertoriée était due, avec une

causalité de plus de 50% (soit de façon prépondérante; voir c. 2.2.2 et ATF 146 V 51 c. 8.2.2.1), à l'état maladif préexistant (dos. de l'intimée, p. 18/2). Le recourant avance en outre que ce médecin est parvenu à ce résultat, mais sans toutefois le motiver, si ce n'est en se contentant d'écrire que la lésion chondrale "a[vait] dû" être débridée (terme qui ne suscite du reste pas de doute puisqu'il signifie "nettoyée", dans le sens du retrait des tissus abîmés; voir "débridement" dans le dictionnaire médical: www.academie-medecine.fr; art. 7 § 12 et art. 5 § 5 du recours, voir également art. 8 § 9 du recours). L'intéressé passe sous silence que l'existence d'un état dégénératif, sous la forme d'une chondropathie du condyle fémoral interne, avait été attestée par rapport d'IRM du 11 novembre 2021. De plus, il ignore que, dans son écrit du 10 janvier 2022, ce médecin a aussi expliqué de manière logique que l'action vulnérante de s'accroupir, même d'une manière brusque, n'était de toute manière pas de nature à léser un ménisque (dos. de l'intimée, p. 18/2 ad ch. 3.1). Par conséquent, à l'inverse du point de vue du recourant, il sied de reconnaître que, même si elles s'avèrent brèves, les conclusions du médecin-conseil de l'intimée n'en restent pas moins compréhensibles. Elles sont aussi convaincantes et exemptes de toute contradiction. Il y a donc lieu de leur accorder une pleine valeur probante.

6.2.3 En particulier, les rapports du centre hospitalier qui a pris en charge le recourant ne changent rien à ce constat. En effet, même si une lésion de nature traumatique y a été mentionnée (voir dos. de l'intimée, p. 23/1, 19/1 et 7/1), ce terme n'a pas la signification que le recourant lui prête. En effet, dans ses rapports, le centre hospitalier ne s'est aucunement prononcé sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 28 août 2021 et l'atteinte subie. Dans son premier rapport du 23 novembre 2021, dans lequel il a d'emblée évoqué une lésion traumatique, le centre hospitalier s'est contenté de relater que le recourant avait ressenti de fortes douleurs trois mois après une distorsion du genou gauche. Il a également signalé qu'au regard des examens cliniques et radiologiques, il était question d'une atteinte traumatique de la corne postérieure du ménisque. L'adjectif "traumatique" a ensuite été répété dans les rapports médicaux suivants, y compris par le médecin-traitant (voir dos. de l'intimée, p. 201), mais sans autre explication. Au regard cependant du rapport d'IRM du

11 novembre 2021, on ne peut toutefois expliquer pourquoi le centre hospitalier a admis l'existence d'une lésion traumatique. En effet, ce terme ne figure pas dans le rapport d'IRM et aucun élément de ce document ne permet de corroborer cette appréciation, à l'inverse de l'avis du médecin-conseil, qui s'appuie de manière probante sur la présence d'une atteinte dégénérative. Ce faisant, le recourant se méprend lorsqu'il déclare que les rapports du centre hospitalier démontrent que ses problèmes de santé ont une origine traumatique (art. 7 § 13 du recours) et en tant qu'il ajoute qu'il était clair pour ce centre qu'il n'existait ni maladie préexistante, ni usure qui aurait provoqué la lésion (art. 8 § 11 du recours). Ainsi que l'intimée l'a fait valoir à juste titre dans sa réponse, l'emploi du mot "traumatique" par le centre hospitalier traduit en l'espèce seulement le fait que l'atteinte litigieuse s'est trouvée dans une relation temporelle étroite avec l'événement du 28 août 2021 (p. 13 de la réponse; voir également en ce sens: TF 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 c. 4.3.3 et les références citées). 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).

7.

Au vu de tout ce qui précède, c'est donc à bon droit que l'intimée a exclu tout droit à des prestations de l'assurance-accidents, dans la décision sur opposition attaquée du 26 juillet 2022, motif pris que la lésion du ménisque était due de façon prépondérante à l'usure ou à la maladie. Dans la mesure où cette conclusion est établie au degré de preuve requis (voir c. 2.5), sur la base des rapports du médecin-conseil de l'intimée des 10 janvier et 23 mai 2022, nul n'est d'ailleurs utile d'ordonner la réalisation d'une expertise. Partant, la réquisition de preuve formulée en ce sens par le recourant est rejetée (art. 8 in fine du recours).

8.

8.1 En conclusion, le recours doit être rejeté.

8.2 En application de l'art. 1 al. 1 LAA en relation avec l'art. 61 let. f^{bis} 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 mandataire du recourant,
   - à l'intimée,
   - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:
e.r. Ch. Tissot, juge

Le greffier:
e.r. Q. Kurth, 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).