

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Lorenz Fivian, avocat à Morat,

et

K._____, à Berne, intimée, représentée par Me Pierre Heinis, avocat à Corcelles (NE).

Art. 6 al. 1 et 2, 36 LAA ; art. 11 OLAA.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197[...], travaillait depuis le 1^{er} décembre 2015 en tant que juriste pour [...] et était de ce fait assuré contre les accidents auprès de K._____ (ci-après : K._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 3 novembre 2016, K._____ a été informée que le 21 août 2016, lors d'un match de hockey sur glace, l'assuré avait subi une torsion du genou gauche après avoir été percuté par un autre joueur. K._____ a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 24 novembre 2016, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué avoir été consulté pour la première fois le 31 octobre 2016 par l'assuré. Il a posé les diagnostics de torsion du genou gauche et de lésion du ligament interne, qui étaient dus à un accident. Il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail mais un traitement de physiothérapie. Le traitement devait durer 4 semaines. Le Dr N._____ avait requis une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM).

L'IRM de l'articulation du genou gauche réalisée le 2 novembre 2016 a révélé une arthrose fémoro-patellaire initiale accentuée latéralement avec des lésions ostéochondrales rétro-patellaires et trochléennes latérales, une légère chondropathie de grade 2 dorsale interne sur le condyle fémoral médial, des ménisques intacts, une déchirure du ligament collatéral médial, des ligaments croisés intacts, en particulier le ligament croisé antérieur normal, un kyste de Baker avec status après rupture partielle, peu d'épanchement articulaire et l'absence de lésion osseuse post-traumatique.

Une physiothérapie a été effectuée de novembre 2016 à mars 2017. La K._____ a pris en charge les frais de traitement.

B. Le 26 juillet 2022, l'assuré a consulté la Dre B._____, médecin généraliste, en raison de gonflement soudain du genou gauche et sensation de relâchement sans traumatisme. Les douleurs allaient et venaient depuis plusieurs mois, principalement en cas de flexion. La Dre B._____ a requis une IRM qui a été réalisée le 27 juillet 2022. Cette IRM a mis en évidence des lésions cartilagineuses de grade 3-4 fémoro-patellaires au niveau du fâite et latéral, des lésions cartilagineuses singulières de grade 3 dans l'aspect postéro-inférieur du condyle fémoral latéral, une suspicion de corps articulaires cartilagineux dans un recessus articulaire postérieur à l'insertion du ligament croisé postérieur, une formation d'un volet à la racine de la corne postérieure du ménisque médial, une lésion horizontale de la face inférieure de la corne postérieure du ménisque médial à la jonction avec le corps, un épanchement de l'articulation et un kyste de Baker.

Le 28 juillet 2022, l'employeur de l'assuré a annoncé à K._____ une lésion du cartilage du genou gauche au titre de rechute de l'accident du 21 août 2016, précisant qu'elle avait eu lieu le 18 juillet 2022 à la patinoire.

Dans un rapport du 9 août 2022 relatif à une consultation du même jour, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué examiner l'assuré en raison de signalement de traumatismes récurrents après la pratique du hockey sur glace, avec une tendance au gonflement et aux douleurs, en particulier à la flexion. Le Dr T._____ a posé les diagnostics de lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne gauche ainsi que lésion cartilagineuse de la trochlée latérale avec œdème sous-chondral et ulcération cartilagineuse rétro-patellaire. Il a constaté que ces lésions cartilagineuses décrites à l'IRM étaient compatibles avec la situation douloureuse décrite. Il a préconisé une intervention arthroscopique pour enlever les parties instables du cartilage et reconstruire le cartilage avec, si nécessaire, une chirurgie méniscale supplémentaire. Il a adressé l'assuré au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 24 août 2022, le Dr F. _____ a posé les diagnostics de dysplasie fémoro-patellaire avec lésion cartilagineuse progressive de la facette latérale de la trochlée et de la patella en cas de patella-Wiberg de type II, de dysplasie de la trochlée de type B selon Dejour avec position haute de la patella et distance TAGT pathologique, de status après plusieurs luxations de la rotule à l'adolescence et de lésion méniscale médiale et latérale. Il a constaté que la dysplasie dont souffrait l'assuré, dans le sens d'un début d'arthrose avec un éclatement aigu du cartilage dans la zone de la trochlée latérale, pourrait être à l'origine des douleurs actuelles au niveau du genou, du gonflement et des crépitations. Le médecin a préconisé une intervention chirurgicale.

Le 13 septembre 2022, l'assuré a subi une opération du genou gauche, à savoir une arthroscopie, un lissage latéral de la corne antérieure du ménisque, une méniscectomie partielle médiale, une arthrotomie et release latéral couvert, une transplantation ostéochondrale et une transposition de la tubérosité tibiale (cf. rapport d'opération et de sortie du 13 septembre 2022 du Dr F. _____).

Une radiographie du genou gauche du 15 septembre 2022 a montré un status après ostéotomie de la tubérosité tibiale gauche et mise en place de deux vis, des conditions de positionnement régulières, un épanchement articulaire mais aucune fracture adjacente au site opératoire ou au matériel chirurgical.

K. _____ a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie, pour évaluation. Dans une appréciation du 22 septembre 2022, le Dr G. _____ a retenu le diagnostic de distorsion de l'articulation du genou gauche avec déchirure du ligament collatéral médial. Il a relevé que l'assuré présentait des modifications dégénératives évidentes au sens de lésions significatives du cartilage dues à une dysplasie constitutionnelle de l'articulation fémoro-patellaire (trochlée et rotule). Il a considéré que la distorsion était la conséquence de

l'accident du 21 août 2016 mais que les autres lésions mises en évidence par l'IRM du 2 novembre 2016 n'étaient vraisemblablement pas imputables à l'accident. Le *statu quo sine* se situait au plus tard 12 semaines après l'événement. Les lésions cartilagineuses au sens d'une gonarthrose, déjà mises en évidence par l'IRM du 2 novembre 2016, avaient suivi leur évolution naturelle. Il n'y avait donc pas de rechute.

Par courrier du 12 octobre 2022, K. _____ a informé l'assuré qu'à partir du 13 novembre 2016, il n'y avait plus de séquelles de l'accident, de sorte qu'il ne fournirait plus de prestations à partir de cette date. Elle renonçait toutefois à demander le remboursement des prestations déjà versées au-delà de cette date.

Le 9 novembre 2022, l'assuré a informé K. _____ qu'il avait continué à ressentir des douleurs au genou gauche lors de la pratique du sport ou lorsqu'il s'agenouillait au-delà du 13 novembre 2016 et avait poursuivi les traitements conservateurs de son côté. L'accident du 21 août 2016 avait donc continué de produire des effets au-delà du 13 novembre 2016 et était très probablement au moins une cause partielle de la rechute du 18 juillet 2022, qui avait été déclenchée par la pratique du hockey sur glace. En effet, si la correction de la rotule lors de l'opération du 13 septembre 2022 était due à un état antérieur, tel n'était pas le cas des mini-fissures et du kyste de Baker qui avaient été opérés et qui étaient la conséquence de l'accident du 21 août 2016.

Dans une nouvelle appréciation du 18 novembre 2022, le Dr G. _____ a rappelé que l'IRM du 2 novembre 2016 avait mis en évidence des lésions cartilagineuses de l'articulation du genou gauche dues à une malformation constitutionnelle de la rotule, nettement en avance sur l'âge. Ces lésions s'étaient aggravées, comme cela pouvait être attendu, dans le sens d'une arthrose progressive de l'articulation du genou gauche. Le Dr G. _____ a estimé que l'assuré ne faisait valoir aucun élément nouveau susceptible de modifier sa précédente appréciation.

Par courrier du 25 novembre 2022, K._____ a informé l'assuré qu'elle maintenait sa position dès lors que, de l'avis de son médecin-conseil, il n'avait amené aucun élément susceptible d'entraîner une évaluation médicale différente.

Le 16 décembre 2022, l'assuré a refusé de se rallier à l'avis du Dr G._____ qui, d'une part, n'était pas signé et, d'autre part, ne faisait aucune référence aux déchirures du ménisque et au kyste de Baker. Si le mauvais alignement de la rotule n'était pas dû à l'accident, l'aggravation des lésions du cartilage et du ménisque, ainsi que le kyste de Baker, étaient au moins en partie imputables à l'accident du 21 août 2016. Cette cause partielle suffisait pour que la couverture accident pour l'événement du 21 août 2016 soit réactivée par la rechute du 18 juillet 2022.

Par décision du 4 janvier 2023, K._____ a confirmé que sa prise en charge prenait fin au 13 novembre 2016. Elle a retenu que l'articulation du genou gauche de l'assuré s'était tordue lors d'une partie de hockey sur glace, lorsqu'un autre joueur l'avait percuté. A partir du 13 novembre 2016, les troubles encore présents n'étaient plus dus de manière prépondérante à l'accident du 21 août 2016. Aussi, elle cessait de verser des prestations au 13 novembre 2016. Le courrier de l'assuré du 16 décembre 2022 n'apportait pas d'élément permettant de modifier sa position.

Le 3 février 2023, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formé opposition contre cette décision. Il a relevé que l'assurance-accidents devait prendre en charge les effets d'un événement accidentel même si ceux-ci sont partiellement dus à l'événement, comme c'était le cas en l'espèce. Il a au demeurant contesté la valeur probante des avis du Dr G._____, aux motifs qu'ils n'étaient pas signés et qu'ils n'avaient pas répondu aux griefs avancés dans ses prises de position. Ni le médecin-conseil ni K._____ n'avaient au demeurant abordé la question sous l'angle des lésions assimilées, alors qu'il avait bien décrit avoir subi une lésion du ménisque et une lésion ligamentaire.

Le 13 mars 2023, K._____ s'est vue transmettre des rapports d'imagerie concernant l'assuré, plus particulièrement des radiographies du genou gauche des 15 septembre, 21 octobre, 29 novembre 2022, et des radiographies des deux genoux du 9 août 2022. A sa demande, les images prises lors de ces examens lui ont été transmises.

Le même jour, K._____ a sollicité du Dr F._____ les images d'arthroscopie prises lors de l'opération du 13 septembre 2022. Le Dr F._____ les a fait parvenir le lendemain.

K._____ a soumis ces éléments à l'appréciation du Dr G._____. Dans une évaluation du 8 mai 2023, le Dr G._____ a estimé que son appréciation antérieure pouvait être confirmée. Il a relevé que de l'avis de tous, la malformation de la rotule présentée par l'assuré ne pouvait être imputée à l'accident du 21 août 2016. Cette malformation était également connue sous le nom de dysplasie fémoro-patellaire avec lésion cartilagineuse progressive de la joue latérale de la trochlée ainsi que de la facette latérale de la rotule en cas de rotule de Wiberg de type 2, dysplasie de la trochlée de type B selon Dejour avec une saillie patellaire concomitante ainsi qu'une distance TAGT pathologique (cf. rapport du Dr F._____ du 24 août 2022). S'agissant des déchirures du ménisque et du kyste de Baker, ils ne pouvaient pas être attribués à l'accident du 21 août 2016. D'une part, si l'accident avait causé des lésions du ménisque, celles-ci auraient été révélées par l'IRM du 2 novembre 2016. Or, cette IRM avait mis en évidence un ménisque intact. Quant au kyste de Baker, il avait été relevé lors de l'IRM du 2 novembre 2016 mais, s'agissant d'un phénomène dégénératif inflammatoire, ne pouvait s'être développé entre le 21 août 2016, date de l'accident, et le 2 novembre 2016, date de l'IRM. En outre, les traitements réalisés depuis le 26 juillet 2022 et en particulier l'opération pratiquée le 13 septembre 2022 s'adressaient à la malformation de l'articulation de la rotule, respectivement de la rotule, ainsi qu'aux lésions du cartilage de l'articulation de la rotule, qui avaient indubitablement été causées par la malformation constitutionnelle de cette articulation.

Le 15 mai 2023, K._____ a adressé cet avis à l'assuré. Le 19 juin 2023, l'assuré, par son conseil, a relevé que l'appréciation du Dr G._____ ne faisait aucune mention du fait que la lésion qu'il avait présentée faisait partie de la liste des lésions assimilées. Le Dr G._____ s'était en outre livré à des considérations juridiques. Son évaluation n'était donc pas probante.

Sollicité pour avis, le Dr G._____ a indiqué, le 28 juillet 2023, qu'il existait une lésion assimilée, à savoir une déchirure du ménisque, que cette lésion était principalement due à l'usure ou la maladie dès lors qu'il existait incontestablement des modifications dégénératives avancées de l'articulation du genou gauche avec une nette malformation constitutionnelle de l'articulation de la rotule, ainsi qu'un status après plusieurs luxations de la rotule survenues à l'adolescence. En lien avec l'événement du 18 juillet 2022, il a précisé que le diagnostic était celui de contusion possible ou distorsion possible de l'articulation du genou gauche, gonflement soudain et sensation de relâchement sans traumatisme, selon les éléments décrits dans le rapport de consultation du 26 juillet 2022 de la Dre B._____.

Cet avis a été adressé à l'assuré le 31 juillet 2023, sans qu'il se détermine à son égard.

Par décision sur opposition du 10 août 2023, K._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 4 janvier 2023. Elle a exposé qu'il s'agissait de déterminer si les douleurs invoquées au genou gauche constituaient une rechute ou des séquelles tardives de l'événement du 21 août 2016 et, en particulier, s'il existait un lien de causalité naturelle. Alternativement, il convenait d'examiner si l'événement du 18 juillet 2022 constituait éventuellement une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la loi. Elle a d'abord relevé que les appréciations du Dr G._____ étaient pleinement probantes. Le Dr G._____ a estimé que l'événement accidentel du 21 août 2016 avait cessé de produire ses effets au 13 novembre 2016. Au demeurant, les modifications du genou gauche constatées par l'IRM du 27 juillet 2022

n'étaient pas liées à l'accident, tout comme l'opération du 13 septembre 2022 qui avait été effectuée en raison de la malformation de l'articulation. Le kyste de Baker - qui était présent à l'IRM du 2 novembre 2016 - n'était pas consécutif à l'accident et ne pouvait être considéré comme une rechute ou une séquelle tardive. Enfin, les lésions du cartilage présentes à l'IRM du 27 juillet 2022 étaient causées par la malformation du genou et non par l'accident, et les lésions méniscales découvertes lors de cette IRM ne pouvaient avoir été causées par l'accident du 21 août 2016 dès lors qu'aucune lésion du ménisque n'avait été mise en évidence à l'époque. Il n'y avait donc pas de rechute ou de séquelle tardive. Les appréciations des médecins traitants ne permettaient pas de remettre en cause ces conclusions. En l'absence d'accident survenu le 18 juillet 2022, la question d'une prise en charge en raison d'une lésion assimilée à un accident se posait encore. Or, la lésion du ménisque était principalement due à l'usure ou la maladie et était constitutionnelle, compte tenu de la malformation de la rotule et des atteintes dégénératives déjà mises en évidence par l'IRM du 2 novembre 2016. Le Dr T._____ retenait également dans son rapport du 9 août 2022 une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne. C'était donc à juste titre que K._____ avait refusé de prester.

C. Par acte du 14 septembre 2023, W._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté un recours contre cette décision sur opposition devant la Section des assurances sociales du Tribunal administratif du Canton de Berne. Il s'est prévalu de son lieu de travail et du siège de l'intimée, à Berne, pour justifier la compétence à raison du lieu du Tribunal administratif du Canton de Berne, celui-ci étant plus proche géographiquement et linguistiquement du litige à juger que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Sur le fond, le recourant a contesté la valeur probante des appréciations du Dr G._____ et a reproché à l'intimée de ne pas avoir réalisé des examens médicaux supplémentaires conformément à l'art. 44 LPGA. Il a reproché au médecin-conseil d'apprécier la situation en faveur de l'assurance et de ne pas l'avoir examiné personnellement. Ses appréciations contenaient en outre des incohérences et n'étaient pas approfondies. Elles étaient insuffisantes

pour fonder un refus de prester. Il appartenait à l'intimée de démontrer que l'état de santé en 2022 était redevenu celui qui existait immédiatement avant l'accident et que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans la persistance des douleurs au genou gauche. Le Dr G. _____ avait par ailleurs examiné la lésion du ménisque sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA sans réelle justification, de sorte qu'un doute existait quant à son appréciation.

Par jugement du 22 septembre 2023, le Tribunal administratif du Canton de Berne s'est déclaré incompétent pour traiter le recours déposé le 14 septembre 2023 par W. _____ et transmis celui-ci à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

Par réponse du 7 novembre 2023, l'intimée, représentée par Me Pierre Heinis, a conclu au rejet du recours. S'agissant des griefs relatifs à la causalité, elle a relevé que les conclusions du Dr G. _____ étaient probantes et sans équivoques, que le *statu quo sine* était atteint 12 semaines après l'événements du 21 août 2016 et que le rapport de causalité entre les lésions signalées en juillet 2022 et l'événement accidentel du 21 août 2016 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant de la rechute qui avait été annoncée en juillet 2022, le médecin-conseil avait retenu que les lésions que l'assuré présentait en 2022 ne pouvaient être expliquées ni pathologiquement, ni anatomiquement, ni biomécaniquement et qu'elles étaient donc dues à des prédispositions naturelles. L'intimée a ajouté que la situation ne saurait être qualifiée de rechute de l'accident du 21 août 2016. Au vu des cinq années écoulées entre la fin du traitement de physiothérapie et l'annonce de la rechute, l'existence de séquelles tardives ne pouvait pas non plus être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Les lésions présentées au-delà du 13 novembre 2016 étaient exclusivement imputables à des causes étrangères à l'accident.

Répliquant le 17 novembre 2023, le recourant a confirmé ses conclusions, soutenant que depuis son accident de 2016 il n'avait cessé de ressentir des douleurs.

Par duplique du 6 décembre 2023, l'intimée a confirmé sa conclusion en rejet du recours. Elle a relevé que l'appréciation du Dr G. _____ du 22 septembre 2022 n'était pas incohérente, rappelant son contenu. Elle a rappelé que la survenance de symptôme douloureux après un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité. Elle a confirmé ses arguments pour le surplus.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé.

b) En l'espèce, le recours dirigé contre la décision sur opposition du 10 août 2023 a été adressé au Tribunal administratif du Canton de Berne le 14 septembre 2023, soit dans le délai de trente jours compte tenu des fêtes estivales. Cette autorité s'est déclarée incompétente par arrêt du 22 septembre 2023 et a transmis le recours à la Cour de céans. Le recours a ainsi été déposé en temps utile (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; art. 38 al. 4 let. b, 39 al. 2 et 60 LPGA). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige sur le fond porte en l'espèce sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 13 novembre 2016 des suites de l'accident du 21 août 2016 et sur le

bienfondé du refus de l'intimée de la prise en charge les lésions annoncées en juillet 2022 tant au titre de rechute ou de séquelle tardive que d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

b) Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'événement assuré est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour la rechute de cet événement est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; RO 2016 4375 ; TF 8C_354/2020 du 27 avril 2021 consid. 3 ; 8C_807/2019 du 1^{er} février 2021 consid. 3).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, 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 ou plus 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 serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

e) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 118 V 293 consid. 2c p. 296 et les références ; SVR 2017 n° UV 19 p. 63 consid. 3.2 ; 2016 n° UV 15 p. 46 consid. 3.2). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (cf. SVR 2016 n° UV 18 p. 55 consid. 2.2.2 et les références citées ; TF 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2).

f) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur

une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. Le recourant conteste la valeur probante des appréciations du Dr G._____, sur lesquelles l'intimée s'est fondée, et soutient qu'elle aurait dû mettre en œuvre d'autres mesures médicales conformément à l'art. 44 LPGa.

a) Le 21 août 2016, l'assuré a été percuté par un autre joueur lors d'un match de hockey sur glace. Il a subi une distorsion du genou gauche et une lésion du ligament interne. Ces diagnostics ont été posés par le Dr N._____ dans son rapport du 24 novembre 2016 après visualisation d'une IRM réalisée le 2 novembre 2016. Cette IRM a mis en

évidence une arthrose fémoro-patellaire initiale accentuée latéralement avec des lésions ostéochondrales rétro-patellaires et trochléennes latérales, une légère chondropathie de grade 2 dorsale interne sur le condyle fémoral médial, des ménisques intacts, une déchirure du ligament collatéral médial, des ligaments croisés intacts, en particulier le ligament croisé antérieur normal, un kyste de Baker avec status après rupture partielle, peu d'épanchement articulaire et l'absence de lésion osseuse post-traumatique. A la suite de cet accident, l'assuré n'a pas été en arrêt de travail mais a suivi un traitement de physiothérapie qui a été pris en charge par K. _____ jusqu'en mars 2017, date à laquelle le traitement a cessé.

Lorsque K. _____ a soumis le cas à l'appréciation de son médecin-conseil, celui-ci a confirmé que l'accident avait causé une distorsion de l'articulation du genou gauche avec déchirure du ligament collatéral médial. L'accident n'était en revanche pas la cause des autres lésions mises en évidence par l'IRM du 2 novembre 2016, à savoir les lésions du cartilage qui étaient dues à une dysplasie constitutionnelle de l'articulation fémoro-patellaire. Ces lésions étaient de nature dégénérative. L'accident avait par conséquent aggravé de manière temporaire une atteinte préexistante, de sorte qu'au-delà de 12 semaines, les plaintes douloureuses n'étaient plus dues à l'accident mais aux atteintes dégénératives.

Cette appréciation est convaincante. Elle repose sur les examens au dossier, soit notamment l'IRM du 2 novembre 2016, qui a mis en évidence des modifications dégénératives, ainsi que l'appréciation du Dr N. _____, lequel estimait la durée du traitement à 4 semaines. Rien au dossier ne permet de mettre en cause les conclusions du Dr G. _____. Le fait pour le recourant d'avoir, selon ses dires, continué à ressentir des douleurs au-delà du mois de novembre 2016 ne permet pas de conclure que les plaintes douloureuses étaient dues à l'accident. L'appréciation du Dr G. _____ est au contraire claire à ce sujet. On précisera encore que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas non plus à établir un rapport de

causalité avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5).

K._____ pouvait donc retenir que l'accident avait cessé de déployer ses effets au 13 novembre 2016, les atteintes demeurant au-delà étant dues aux atteintes dégénératives présentées par l'assuré.

b) Le 18 juillet 2022, l'assuré a ressenti des douleurs au niveau du genou, présenté un gonflement et des crépitations après un entraînement de hockey sur glace, sans traumatisme (cf. rapport du 24 août 2022 du Dr F._____). Il a ainsi annoncé à K._____, le 28 juillet 2022, une lésion du cartilage du genou gauche à titre de rechute de l'accident du 21 août 2016.

Il incombe donc à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la rechute ou la séquelle tardive et l'accident initial (cf. consid. 3e ci-dessus). Force est de constater que l'assuré échoue à apporter cette preuve.

En effet, les Drs T._____ et F._____ ont tous les deux retenu que l'assuré présentait des lésions dégénératives, soit une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne gauche ainsi qu'une lésion cartilagineuse de la trochlée latérale avec œdème sous-chondral et ulcération cartilagineuse rétro-patellaire (rapport du 9 août 2022 du Dr T._____) et une dysplasie fémoro-patellaire avec lésion cartilagineuse progressive de la facette latérale de la trochlée et de la patella en cas de patella-Wiberg de type II, ainsi qu'une dysplasie de la trochlée de type B selon Dejour avec position haute de la patella et distance TAGT pathologique (rapport du 24 août 2022 du Dr F._____). Selon le Dr F._____, la dysplasie, soit la pathologie structurelle de la rotule gauche de l'assuré, était certainement à l'origine des douleurs présentées en 2022. L'IRM réalisée en juillet 2022 avait également mis en évidence des atteintes dégénératives, soit des lésions cartilagineuses de

grade 3-4 fémoro-patellaires au niveau du faîte et latéral, des lésions cartilagineuses singulières de grade 3 dans l'aspect postéro-inférieur du condyle fémoral latéral, une suspicion de corps articulaires cartilagineux dans un recessus articulaire postérieur à l'insertion du ligament croisé postérieur, une formation d'un volet à la racine de la corne postérieure du ménisque médial, un épanchement de l'articulation et un kyste de Baker.

Le Dr G. _____ a par ailleurs exposé de manière détaillée les raisons pour lesquelles aucune rechute ou séquelle tardive ne pouvait être retenue, dans son appréciation du 9 mai 2023. Celui-ci a d'abord expliqué que les traitements prodigués depuis le mois de juillet 2022 concernaient la malformation de la rotule, en particulier l'opération chirurgicale du 13 septembre 2022 qui s'était adressée à cette malformation ainsi qu'aux lésions du cartilage de cette articulation. Ces lésions cartilagineuses étaient dues à la dysplasie et, par conséquent, au guidage et à la cinétique biomécaniques défavorables de la rotule avec une usure anormale de la surface cartilagineuse recouvrant ces articulations. L'IRM du 2 novembre 2016 avait d'ailleurs déjà révélé la présence d'arthrose fémoro-patellaire avec lésion ostéochondrale rétro-patellaire et trochléenne latérale. Le médecin-conseil a également expliqué en détail le processus de formation d'un kyste de Baker ; ce kyste se développe pendant des années en raison de l'augmentation chronique de la production de liquide articulaire. Aussi, il a constaté que l'IRM du 2 novembre 2016 avait mis en évidence un grand kyste de Baker de 5,5 cm qui n'avait donc pas pu se former entre le 21 août et le 2 novembre 2016, mais qui était le fruit d'un long processus pathologique antérieur. Dès lors que le kyste de Baker présent en 2016 n'était pas dû à l'accident, la présence d'un tel kyste en 2022 ne pouvait pas être considéré comme une rechute ou une séquelle tardive. Le Dr G. _____ s'est ensuite prononcé sur les lésions méniscales présentées par l'assuré. Il a à juste titre relevé que l'IRM du 2 novembre 2016 avait révélé des ménisques internes et externes intacts, de sorte que les nouvelles lésions ne pouvaient pas être considérées comme une rechute de l'accident.

Le Dr G._____ a rédigé son rapport en connaissance complète du dossier, contenant en particulier les rapports d'IRM et les avis médicaux. On ne saurait par ailleurs conclure au manque d'objectivité et d'impartialité du médecin-conseil de K._____ du seul fait de son lien de subordination avec l'assureur. En effet, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que des doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee), lesquelles font défaut en l'occurrence. L'appréciation du Dr G._____ résulte d'une analyse médicale globale, circonstanciée, concrète et précise de l'état de santé de l'assuré. Le fait de ne pas avoir examiné personnellement le recourant ne remet pas en cause le bienfondé des conclusions du Dr G._____, dès lors que ce dernier s'est fondé sur des rapports de plusieurs médecins qui ont eux-mêmes examiné l'intéressé et constaté six ans après l'accident initial la présence de lésions dégénératives (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1).

c) K._____ pouvait donc légitimement se fonder sur l'appréciation probante de son médecin-conseil, sans avoir à mettre en œuvre d'autres mesures médicales, et conclure à l'absence de rechute ou de séquelle tardive de l'accident du 21 août 2016.

5. Il convient encore d'examiner si l'intimée n'était pas susceptible de prendre en charge la lésion du ménisque annoncée le 28 juillet 2022, non pas en tant que rechute de l'accident du 21 août 2016, mais au titre de nouveau cas d'assurance en présence d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

a) Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où le (nouveau) cas d'assurance est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance en cas de lésions assimilées à un accident est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. c, LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures du ménisque, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

Dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral s'est penché sur le nouvel art. 6 al. 2 LAA, qui s'applique désormais en lieu et place de l'art. 9 al. 2 aOLAA. La Haute Cour a tout d'abord constaté que l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les lésions définies à l'art. 6 al. 2 LAA existe même en l'absence d'un accident répondant aux critères de l'art. 4 LPGA (consid. 8.2.1). Il y a désormais une présomption légale, selon laquelle les lésions listées à l'art. 6 al. 2 LAA sont assimilées à un accident et doivent être prises en charge par l'assureur-accidents, à moins que celui-ci ne parvienne à établir que celles-là sont dues de manière prépondérante, à savoir à plus de 50 % (consid. 8.2.2.1), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.6). Même si la nouvelle réglementation ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru, comme cela était le cas sous l'art. 9 al. 2 aOLAA (ATF 143 V 285 consid. 2 ; TF 8C_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4.2), la question de savoir s'il s'est passé un événement dont l'assuré se souvienne et qu'il puisse nommer demeure pertinente sous l'angle du nouveau droit. Lorsqu'aucun événement initial n'a été évoqué ou que cet événement est uniquement de nature tout à fait secondaire, respectivement anodin, cela facilite en règle générale, par la force des choses, la preuve libératoire de l'assureur-accidents. Il appartient avant tout aux spécialistes du domaine médical d'apprécier la question de la délimitation, en prenant en considération l'éventail complet des causes de la lésion corporelle en

question. Il convient non seulement d'éclaircir l'état préexistant, mais également les circonstances de la survenance initiale des douleurs. Les différents indices, qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie, doivent être évalués d'un point de vue médical. Afin de parvenir à apporter la preuve libératoire, l'assureur-accidents doit établir, au degré de la vraisemblance prépondérante et sur la base d'appréciations médicales concluantes, que l'atteinte corporelle en question est attribuable de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, à l'usure ou à la maladie (consid. 8.6).

c) En l'occurrence, les douleurs au genou gauche ne sont pas survenues à la suite d'un accident au sens juridique, mais à la suite d'un entraînement de hockey sur glace au cours duquel il n'y a pas eu de traumatisme. Le recourant a également indiqué que la douleur allait et venait depuis des mois et était généralement associée à une flexion, ce qui confirme l'absence d'accident. La déchirure du ménisque doit par conséquent être examinée sous l'angle des lésions assimilées à un accident.

K. _____ s'est fondée sur l'appréciation du 28 juillet 2023 du Dr G. _____. Le médecin-conseil s'est prononcé sur la base d'un dossier complet comprenant notamment toutes les IRM réalisées. Il a ainsi estimé que la lésion du ménisque était principalement due à l'usure ou à la maladie, au vu de la présence incontestable de modifications dégénératives avancées de l'articulation du genou gauche avec une nette malformation constitutionnelle de l'articulation de la rotule, et de status après plusieurs luxations de la rotule survenues à l'adolescence. Les lésions du ménisque étaient donc dégénératives et constitutionnelles.

Aucun élément au dossier ne permet de jeter un doute sérieux sur les conclusions du Dr G. _____. L'assuré n'a en effet produit aucun rapport médical qui viendrait contredire le médecin-conseil. Le mouvement à l'origine de l'atteinte, que ce soit un entraînement de hockey sur glace ou de simples flexions, est par ailleurs anodin, ce qui facilite la preuve libératoire. La lésion est en outre apparue alors que les

lésions dégénératives présentes en 2016 se sont aggravées et que d'autres lésions dégénératives sont apparues depuis lors.

Vu ce qui précède, l'intimée pouvait suivre l'avis probant de son médecin-conseil et refuser de prester pour la lésion méniscale constatée, dès lors que la preuve libératoire d'une lésion essentiellement d'origine dégénérative avait été apportée.

6. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

La partie intimée, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 10 août 2023 par K._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Lorenz Fivian (pour W._____),
- Me Pierre Heinis (K._____),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :