

FR_GERICHTE 605 2022 140 vom 16. Oktober 2024

FR Kantonsgericht, 2024-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_140

FR: FR_GERICHTE 605 2022 140 du 16 octobre 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2022 140 del 16 ottobre 2024

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 21

août 2023, 9 novembre 2023, 14 décembre 2023, 29 janvier 2024 et 21 février 2024. Celles-ci accompagnées, d'une part, des prises de position du chirurgien-traitant des 8 février 2023, 19 juin 2023 et 15 janvier 2024, ainsi que de ses avis des 7 septembre 2021, 10 août 2021, 20 septembre 2022, 4 novembre 2022 et 28 février 2023. D'autre part, la SUVA dépose les prises de position du Dr H. _____ des 14 mars 2023 et

E. 25

octobre 2023, ainsi que celle du Dr I. _____, spécialiste en radiologie, du 21 septembre 2023. Les 14 décembre 2023 et 29 janvier 2023, l'assuré a demandé que les prises de positions des docteurs I. _____ et H. _____ des 21 septembre 2023 et 25 octobre 2023 soient écartées du dossier. Me Elio Lopes dépose sa note de frais le 12 avril 2024. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Recevabilité Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté par un avocat, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 2. Notion d'accident Les dispositions de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) concernant l'assurance obligatoire sont applicables par analogie à l'assurance facultative des chefs d'entreprise (cf. art. 5 al. 1 LAA). Le rapport d'assurance se fonde sur un contrat écrit, qui fixe notamment le début, la durée minimale et la fin du rapport d'assurance (art. 136 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Il s'agit d'un contrat d'assurance de droit public qui doit être interprété, dans le cadre des limites fixées par la loi, de la même manière qu'un contrat de droit privé, à savoir selon la réelle et commune intention des parties, respectivement selon le principe de la confiance (ATF 149 V 203 consid. 4.1.1). Pour autant que la police ne prévoie pas de dérogations, les prestations accordées sont en principe les mêmes que celles de l'assurance obligatoire (ATF 148 V 286 consid. 7.1). 2.1. Est réputée 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 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être

cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1; 129 V 402 consid. 2.1 et les réf.). 2.2. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les réf.). L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir 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 trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute; le facteur extérieur – modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). 3. Lien de causalité – lésion assimilable à accident 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. 3.1. S'agissant des atteintes à la santé qui ne sont pas des lésions corporelles assimilées à un accident (cf. art. 6 al. 2 LAA), le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 manière (ATF 148 V 356 consid. 3). 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 et les réf.). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les réf.). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait 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 malade 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 arrêts cités). 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. 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 (arrêt TF 8C_117/2020 précité consid. 3.1 et les réf.). 3.2. En cas de lésions corporelles assimilées à un accident, énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA (fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du

ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments, lésions du tympan), l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et 8.3). Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA entraîne la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci est dès lors tenu de prêter aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.6). Le Tribunal fédéral a précisé que le législateur avait adopté à art. 6 al. 2 LAA, entré en vigueur le 1er janvier 2017 (RO 2016 4389), une règle de preuve («de manière prépondérante», «vorwiegend», «prevalentemente») plus favorable à l'assurance que précédemment. L'assureur-accidents ne doit plus rendre l'usure ou la maladie «manifeste» («eindeutig», «indubbiamente») mais peut se contenter de prouver que la lésion corporelle est vraisemblablement due pour plus de 50% à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et les références). 3.3. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose de plus 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 356 consid. 3 et les réf.). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle. Il en va différemment en présence de troubles qui sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais qui ne reposent pas sur un déficit organique objectivable. En pareil cas, l'examen de la causalité adéquate se fait selon des règles particulières en fonction de la gravité de l'accident et du

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 type de lésion. Lorsque notamment l'accident est insignifiant ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 140 V 356 consid. 3.2; arrêt TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.3 et les réf.). 3.4. 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. 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"; ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les réf.). 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 consid. 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 consid. 5.1). 3.5. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le tribunal, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical (ATF 142 V 435 consid. 1 et les réf.). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même faible sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4). 4. Objet du litige Il n'est pas contesté entre les parties que le recourant a subi le 9 juillet 2021 un accident (sur la notion, voir consid. 2.1 supra) et que celui-ci se trouve en relation de causalité naturelle et adéquate avec les contusions, hématomes et plaies aux deux jambes ainsi qu'avec le traumatisme de l'articulation du genou gauche, avec entorse dans la zone du tractus iliotibial et du complexe ligamentaire latéral. L'assureur intimé affirme toutefois que l'atteinte au genou gauche résulte de manière prépondérante d'un processus d'usure ou de maladie au-delà du 20 mars 2022, l'entorse étant réputée guérie dans les six mois suivant la chute dans les escaliers du 9 juillet 2021. Dès lors, seul est litigieux en l'espèce le point de savoir si la SUVA était en droit de mettre un terme aux prestations avec effet au 20 mars 2022.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 5. Moyen de preuve 5.1. A titre préalable, le recourant demande l'exclusion des prises de position des docteurs I._____ (du 21 septembre 2023) et H._____ (du 25 octobre 2023), qu'il considère comme illicites (en invoquant par analogie l'art. 141 al. 4 CPP [RS 312.0]). Il soutient que la SUVA n'avait pas le droit en instance de recours de demander au Dr I._____ de procéder à une expertise de l'IRM du 9 août 2021 (cf. ATF 127 V 228 consid. 2/bb). Les docteurs H._____ et I._____ exerceraient par ailleurs tous les deux dans la même clinique privée, selon des données publiées librement sur internet. Le Dr H._____ ne pouvait dès lors pas donner un mandat d'expertise au Dr I._____. 5.2. En l'espèce, à l'inverse de ce que soutient le recourant, le Dr I._____ n'a pas agi en qualité d'expert le 21 septembre 2023. À ce moment-là, la SUVA était une partie à la procédure de recours. La sollicitation d'un nouvel avis sur l'IRM du 9 août 2021 ne servait par conséquent pas à clarifier des faits médicaux (au sens de l'art. 44 LPG), mais à étayer l'argumentation juridique de l'autorité intimée dans le cadre de la procédure en cours. En ce sens, l'avis du Dr I._____ constitue une simple allégation de partie, sans valeur probante particulière. De telles prises de position médicales, simples et limitées dans leur objet, sont largement admises par la jurisprudence et la doctrine (ATF 136 V 2 consid. 2.7; 127 V 228 consid. 2b/bb; arrêts TF 8C_410/2013 du 15 janvier 2014 consid. 5.5; 8C_399/2020 du 28 septembre 2020 consid. 4; FLÜCKIGER, Commentaire bâlois de la LPG, 1e éd. 2020, n° 101 ad art. 53 LPG; BOLLINGER, Commentaire bâlois de la LPG, n° 6 ad art. 61 LPG; METRAL, Commentaire romand de la LPG, 1e éd. 2018, n° 56 ad art. 56 LPG). La SUVA est en outre habilitée à recueillir les informations nécessaires à l'instruction de la demande de prestations (art. 43 LPG, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA), sans avoir à obtenir le consentement préalable de l'assuré pour chaque nouvelle prise de position médicale. Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter la prise de position du Dr I._____, ni les pièces médicales qui s'y rapportent (notamment l'avis du Dr H._____ du 25 octobre

2023). La requête du recourant est par conséquent rejetée. 6. Discussion – analyse des rapports médicaux S'agissant de l'appréciation des différents rapports médicaux versés au dossier, il sied de tenir compte d'une fissure horizontale de grade II du ménisque interne, de la tendinopathie post- traumatique ilio-tibiale, de l'entorse du ligament latéral externe (LLE) de grade I et de l'entorse du complexe PAPE (postéro-externe). 6.1. En ce qui concerne la déchirure du ménisque, les parties se fondent essentiellement sur les clichés de l'IRM du genou gauche du 9 août 2021 et sur l'avis du Dr D._____ du même jour. 6.1.1. A cet égard, il ressort les éléments suivants de l'avis du radiologue du 9 août 2021: Description: Squelette du genou: épiphyses fémorale et tibiale sans altération morphologique et présentant un signal normal. Ménisques: fissure horizontale oblique de grade III avec un trait en direction de la face libre tibiale intéressant la corne postérieure du ménisque médial. Intégrité du ménisque latéral.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Cartilage fémoro-tibial: sans altération significative appréciable. Ligaments croisés: LCA et LCP bien dessinés et sans altération de signal. Ligaments latéraux: épaisseur normale, lisses et normo-intenses. Liquide articulaire et synovial: synovial sans épaissement apparent. Liquide articulaire homogène et en quantité physiologique. Creux poplité: kyste mucoïde de la tente du croisé. Appareil extenseur: tendons quadricipital et rotulien d'épaisseur normale, lisses et normo-intenses. Rotule et son cartilage: position en extension et morphologie conservées. Cartilage patellaire de trophisme normal, contours lisses et signal homogène. Parties molles: tendons et masses musculaires d'aspect normal, notamment sans modification de signal.

Conclusion: Fissure horizontale oblique de la corne postérieure du ménisque médial. 6.1.2. Le 18 octobre 2022, le Dr H._____ a diagnostiqué une méniscopathie dégénérative de grade III (avec fissuration horizontale du ménisque interne depuis son insertion capsulo-synoviale jusqu'à son bord libre intraarticulaire et une effraction de la surface tibiale du ménisque interne au niveau de la corne postérieure) et une chondropathie fémorotibiale interne (interne localisée en postéro-interne, sans œdème de l'os sous chondral) de grade 1 à 2, objectivée à l'IRM, et qui constituaient un état antérieur non imputable à l'événement du 9 juillet 2021. Il a exposé que la lésion horizontale du ménisque était reconnue comme une atteinte d'origine dégénérative du ménisque et que les clichés de l'IRM montraient une atteinte dégénérative préexistante, conformément au document de consensus pour le traitement des atteintes dégénératives méniscales de l'European Society for Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA; 2016). Le Dr H._____ relève par ailleurs une chronologie de type crescendo de la symptomatologie méniscale: peu douloureuse initialement, puis progressivement aggravée pour être au premier plan environ huit mois après l'événement. Les signes cliniques de souffrance méniscale suivait la même chronologie, avec des signes méniscaux absents au début et décrit présents après plusieurs mois d'évolution. 6.1.3. Dans son avis du 2 mai 2022, le Dr E._____, chirurgien traitant, a relevé que la déchirure horizontale du ménisque était possiblement liée à l'accident à 50 % ou moins «sur base d'une évolution spontanée dégénérative de l'articulation à l'âge de 63 ans. Cela même si le patient ne présentait aucune symptomatologie douloureuse liée au ménisque avant la date de l'accident». Il a ajouté que, à l'âge du recourant, les articulations des membres inférieurs surtout au niveau des genoux, ainsi que les structures des tissus méniscaux et cartilagineux, étaient moins résistantes aux chocs et aux mécanismes de torsion; l'évolution dégénérative spontanée de l'articulation du genou pouvait amener à des déchirures spontanées du ménisque voire par manque de résistance aboutir à une déchirure suite à un mécanisme de choc/traumatisme ou

entorse vers une déchirure par fragilisation des structures suite à cette évolution dégénérative. En d'autres termes, comme il l'a confirmé au point 8 de sa prise de position, l'accident du 9 juillet 2021 pouvait à son avis aggraver un état méniscal dégénératif qui aurait amoindri la résistance du ménisque à des mouvements de torsion et traction et dès lors engendré des déchirures de ce type même sans traumatisme majeur. Au demeurant, le recourant présentait une légère gêne au niveau de son compartiment interne, en fin de flexion du genou, qui pouvait correspondre à cette zone méniscale interne; par contre, les tests méniscaux pour le ménisque interne restaient négatifs (au 2 mai 2022).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Le 17 août 2022, le Dr E. _____ a précisé que la lésion pouvait être considérée en théorie comme guérie six mois après l'entorse du 9 juillet 2021 (mais cela n'empêchait pas des gênes et une symptomatologie douloureuse résiduelle à long terme). À l'invitation du mandataire du recourant, il a confirmé que les lésions d'entorse de genou étaient guéries et, donc, que le genou était stable. En fonction des activités professionnelles ou lors de mouvements de torsion en portant des charges lourdes, cela pouvait cependant créer des contraintes mécaniques plus importantes sur le genou, ayant pour conséquence des douleurs (actuellement présentes) et gênant le recourant dans ses activités. À l'examen clinique, le ménisque interne ne présentait cependant aucune douleur (confirmation au testing méniscal interne). Si l'examen clinique des suites immédiates de l'accident avait montré une péjoration et une décompensation de la symptomatologie douloureuse, liées à la lésion méniscale interne, cette symptomatologie s'était estompée et l'évolution était plutôt favorable à ce niveau (avis du 8 février 2023). Le 19 juin 2023, il a encore confirmé que les testings et l'examen clinique ne permettait pas de mettre en évidence une douleur ou une gêne à ce niveau. Les douleurs de la région externe du genou ne pouvaient pas être en relation avec une lésion du ménisque interne. Le 15 janvier 2024, il a enfin confirmé que les structures capsulo-ligamentaires externes, ainsi que le tendon poplité et les bandelettes tibiales, ne présentaient ni rupture ni déchirure structurelle.

6.1.4. Le 21 septembre 2023, le Dr I. _____ a précisé l'avis du Dr D. _____ en ce sens que, s'agissant du compartiment fémoro-tibial, il constatait sur les clichés pris par son confrère une déchirure horizontale du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque affleurant et fragmentant focalement le bord libre de la corne postérieure en isolant partiellement une fine languette ondulée paramédiane avec une extension à la face tibiale, proche de la jonction ménisco- capsulaire postéro-médiale; des lésions chondrales de grade III du condyle en zone portante paramédiane postérieure proche de la déchirure méniscale. En résumé, il constatait des remaniements du ligament fémoro-patellaire latéral en regard, possible évolution d'une atteinte post- traumatique ou par surcharge mécanique.

6.1.5. Sur le vu des éléments qui précèdent, la Cour retient qu'il résulte de l'IRM du 9 août 2021 que le ménisque médial présente une fissure horizontale oblique dans la corne postérieure de grade III, tandis que le reste des structures du genou est globalement en bon état. La fissure est horizontale, isolée et sans autre signe traumatique évident, tels qu'une rupture ou des lésions osseuses associées. Cela indique – même pour des profanes – un processus dégénératif déjà à l'œuvre. Ce type de fissure se manifeste généralement en raison de l'usure inhérente à l'âge ou sous l'effet de contraintes mécaniques répétés, ainsi que l'ont clairement rappelé le Dr E. _____ ainsi que les médecins-conseils de la SUVA, plutôt que par suite d'un traumatisme aigu. La présence concomitante d'un kyste mucoïde dans le creux poplité, typiquement associée à une dégénérescence progressive du ménisque, vient corroborer cet état pathologique préexistant. Les lésions chondrales de grade III du condyle, situées en zone portante paramédiane

postérieure à proximité de la déchirure méniscale (avis du Dr I. _____ du 21 septembre 2023), ainsi que la fine languette ondulée paramédiane, accréditent solidement un processus dégénératif, sans manifestation d'instabilité notable (usure mécanique progressive). Ce constat est encore renforcé par le fait que le recourant a spontanément mentionné avoir subi, sur ce même genou, une intervention chirurgicale il y a plusieurs décennies (environ 40 ans), à la suite d'un incident survenu durant son service militaire (et pris en charge par l'assurance-militaire, dont il n'apparaît pas nécessaire de requérir la production de son dossier).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Dans ces circonstances, la Cour retient que l'accident survenu le 9 juillet 2021 n'a fait que révéler – conformément au degré de la vraisemblance prépondérante requis en assurances sociales – une fissure dans la corne postérieure de grade III, déjà présente dans un ménisque fragilisé par un processus dégénératif chronique. L'ensemble des médecins-conseils de la SUVA, soit les docteurs F. _____, G. _____ et H. _____, se sont prononcés en ce sens, et ce, sans la moindre hésitation. Certes, le chirurgien traitant a évoqué l'hypothèse, selon laquelle il existerait une probabilité de moins de 50 % que cette déchirure puisse être attribuée à l'accident du 9 juillet 2021. Toutefois, cette hypothèse, purement spéculative au regard des éléments objectifs du dossier, ne saurait influencer de manière décisive l'issue du présent litige. Il apparaît plutôt que le chirurgien a pris parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (à ce sujet, voir ATF 125 V 352 consid. 3a), afin que cette hypothèse soit instruite. En revanche, il a confirmé que le ménisque était stable, les tests effectués ainsi que l'examen clinique n'ayant révélé ni douleur ni gêne significative à ce niveau. En conséquence, il convient de retenir qu'aucune séquelle n'existe au 20 mars 2022 au plus tard, et qu'il est inutile de procéder à des mesures d'instruction complémentaire pour attester, avec la certitude requise, le retour à un statu quo ante six mois après l'événement du 9 juillet 2021. 6.2. Dans son avis du 2 mai 2022, le Dr E. _____ a indiqué que l'essentiel des symptômes étaient plutôt focalisés dans le compartiment externe, liés à des lésions capsulo-ligamentaires à la suite d'une entorse. 6.2.1. Dès lors, selon le Dr E. _____, les symptomatologies de l'assuré étaient principalement liées aux «composantes du genou», et non à la fissure horizontale du ménisque interne (consid. 5.1. supra). L'entorse du genou et la tendinopathie étaient à son avis imputables à 100 % à l'accident. En d'autres termes, les gonalgies résiduelles (post-traumatiques) et l'évolution démontraient une persistance des gênes dans les activités, toutes liées à l'entorse. Dès sa première consultation du 10 août 2021, il a souligné avoir observé que les symptomatologies étaient essentiellement au niveau du compartiment externe, liées à l'entorse du LLE, au complexe capsulo-ligamentaire PAPE, ainsi qu'à la tendinopathie post-traumatique ilio-tibiale (avis du 2 mai 2022). En réponse à la question du mandataire du recourant, le Dr E. _____ a précisé le 17 août 2022 que ces éléments étaient confirmés tant par l'examen clinique que l'analyse détaillée des images d'IRM. Le 8 février 2023, il a ajouté que l'analyse détaillée des images d'IRM montrait un épaissement de l'attache proximale du ligament collatéral externe sur l'épicondyle externe (surtout en analysant les images sur les acquisitions en T2 dans la partie proximale du LLE), et que cela était corroboré par son examen clinique. La symptomatologie et les douleurs du compartiment externe, ainsi que celles au niveau du complexe capsulo-ligamentaire externe, s'étaient manifestées de manière prépondérante et constituaient la source principale de la symptomatologie douloureuse (accompagnée de gênes), surtout dans les positions accroupies, à genoux, ou encore lors du port de charges lourdes, de la montée d'escaliers ou

d'échafaudages. Le 19 juin 2023, il a renoncé à prescrire une nouvelle IRM, considérant que celle-ci n'était pas médicalement indispensable, au vu de l'évolution favorable du genou. Il a invité le médecin-conseil de la SUVA de procéder à un examen clinique et de prescrire, aux frais de l'assurance-accidents, les mesures d'instruction nécessaires. En ce qui concerne les structures capsulo-ligamentaires externes, le tendon poplité et les bandelettes tibiales, le chirurgien a précisé le 15 janvier 2024 qu'elles ne présentaient pas de rupture ou de déchirure structurelle. Par contre, il a relevé des épaissement et inflammations liés à une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 élongation consécutive à l'entorse, ce qui avait été confirmé tant par un examen approfondi des images d'IRM que par ses examens cliniques. Ces épaissements de la bandelette ilio-tibiale associés à un épaissement discret hétérogène de l'infiltration œdémateuse du ligament fémoropatellaire latéral, correspondaient exactement aux zones douloureuses situées dans la région externe et latéro-externe du genou gauche. L'accident du 9 juillet 2021 pouvait en outre très bien provoquer de tels épaissements discrets hétérogènes, ainsi qu'une infiltration œdémateuse du ligament fémoropatellaire latéral, lesquels correspondaient exactement avec la symptomatologie observée à la suite de l'accident, sans qu'aucune déchirure des structures ne soit nécessaire pour expliquer ces manifestations cliniques. Dans les différents avis médicaux, le Dr E. _____ a constaté: sur le plan de table, le genou gauche présente un léger épanchement, la mobilité en flexion/extension est préservée à 130-0-0, légèrement douloureuse en fin de flexion surtout dans la région antéro-externe; douleur à la palpation de la bandelette ilio-tibiale et la région de Gerdy et également dans la région du LLE et complexe palpé; le genou est stable dans le plan frontal et sagittal, stress varus et valgus sans particularité majeure; légère douleur à la palpation de l'interligne articulaire fémoro-tibiale interne et test méniscal pour le ménisque interne; Mc Murray et Grinding test restent pour l'instant négatifs; tiroir antérieur, postérieur et Lachman négatif; test de rabot négatif; l'appareil extenseur est compétent; bonne trophicité musculaire de l'appareil extenseur (avis du 11 août 2021); une évolution sous traitement conservateur lentement favorable, avec des douleurs ressenties essentiellement au niveau du compartiment externe et antéro-externe; épanchement modéré encore; craquement du genou ressenti (avis du 7 septembre 2021); le genou gauche est calme sans épanchement ; la mobilité en flexion/extension est complète à 135-0-0; le genou est stable; légère douleur postéro-interne et postéro externe avec une stabilité dans le plan frontal et sagittal parfaite (avis du 18 octobre 2021); le genou gauche est calme sans épanchement; la mobilité reste complète à 135-0-0 ; une légère douleur dans la région postéro-interne persiste encore avec un genou stable (avis du 23 novembre 2021); le genou présente un léger épanchement de nouveau; la mobilité en fin de flexion est légèrement douloureuse au niveau de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne; à la palpation des reliefs osseux et sur la tête du péroné je constate une légère douleur; autrement le genou est stable (avis du 14 février 2022); le genou est calme; la mobilité en flexion/extension se maintient avec une légère douleur au niveau de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne en fin de flexion et en position accroupie et à genoux; le testing du ménisque interne reste suspect pour la déchirure du ménisque interne avec Mc Murray et Grinding test positif; le genou est stable (avis du 23 mars 2022); le genou est calme; la mobilité en flexion/extension est douloureuse en fin de flexion au-delà de 130°; le testing du ménisque reste suspect pour la déchirure ménisque interne; Mc Murray et Grinding test sont sensibles; le genou est stable (avis du 3 juin 2022); évolution reste stationnaire grâce au traitement de physiothérapie; position accroupie et à genoux dans le

travail reste difficile; démarrage de pas depuis position assise ou accroupie difficile et douloureuse surtout au niveau du compartiment externe et postéro externe (avis du 20 septembre 2022); pas de changement, le genou reste calme sans épanchement; la mobilité est à 125-0-0, la douleur externe et postéro externe persiste toujours à la palpation de la région capso ligamentaire externe; autrement le genou reste stable (avis du 4 novembre 2022); pas d'épanchement, la mobilité reste complète; légère douleur dans le compartiment externe lorsqu'il marche en pente; genou stable; infiltration prévue le 7 mars 2023 (avis du 28 février 2023); l'évolution des suites de l'infiltration de genou montre une légère amélioration des douleurs lors de la marche ou des activités habituelles; par contre, lors des moments accroupies ou à genoux, le patient garde des douleurs dans la région externe du genou; le travail à 50 % est bien toléré (avis du 6 avril 2023).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 6.2.2. En se fondant sur les conclusions du chirurgien-traitant, le Dr H. _____ a retenu le diagnostic d'entorse du compartiment externe du genou de grade I (avis du 18 octobre 2022). Il a expliqué que les images de l'IRM du 9 août 2021 ne montraient aucune atteinte ligamentaire du LCA, du LCP, ni des ligaments collatéraux interne et externe, lesquels étaient en continuité sans modification de signal; le ménisque externe, son insertion capsulo-synoviale et le point d'angle postéro-externe (PAPE) ne présentaient aucune altération radiologique. De plus, aucun signe de contusion osseuse n'indiquait un traumatisme significatif. L'IRM ne montrait à son avis aucune altération du signal du tractus ilio-tibialis, dont la continuité était préservée, sans signe d'atteinte sur le trajet visualisé jusqu'à son insertion au niveau de la métaphyse tibiale antéro-externe. En l'absence d'atteinte structurelle démontrable à l'IRM réalisée quatre semaines après l'accident, l'entorse devait être considérée comme bénigne de grade I. Selon l'expérience médicale, il estime – comme précédemment le Dr G. _____ – que cette atteinte doit être considérée comme guérie au plus tard six mois après l'accident (avis du 18 octobre 2022). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à retenir en relation de causalité naturelle prépondérante avec l'événement du 9 juillet 2021, le statu quo sine étant retenu pour le compartiment interne trois mois plus tard. Le 14 mars 2023, le Dr H. _____ a exposé qu'une entorse de grade I, comme décrit par le Dr E. _____, était une atteinte ligamentaire caractérisée par une lésion partielle des fibres ligamentaires sans laxité ligamentaire clinique; tel était le cas pour le recourant, chez qui le chirurgien avait toujours décrit un genou stable sans signe de laxité clinique (ce qui était étayée par l'IRM du 9 août 2021). Concernant le diagnostic de tendinopathie du fascia lata, il a souligné qu'il n'était étayé par aucun substrat objectif à l'IRM et reposait uniquement sur l'examen clinique. Ces atteintes, qualifiées de bénignes dans le langage orthopédique, suivaient un processus de cicatrisation ligamentaire, évoluant habituellement favorablement après quelques mois de traitement et permettant une bonne restitution de la fonction du genou et de la stabilité de celui-ci, comme confirmé par les avis du Dr E. _____. Le chirurgien n'apportait d'ailleurs aucun argument objectif ni d'évidence à l'imagerie d'une atteinte séquellaire du compartiment externe plus d'un an et demi après l'événement concerné et qui pourrait expliquer la symptomatologie douloureuse persistante. Le Dr H. _____ souligne également qu'un examen clinique (de sa part) réalisé à distance de l'événement n'apporterait aucun renseignement complémentaire sur le plan assécurologique par rapport aux avis détaillés du Dr E. _____ et à l'imagerie à disposition. Dès lors, il maintient qu'il n'existe aucun argument objectif permettant de retenir un lien de causalité naturelle, même au degré de la vraisemblance prépondérante, entre la symptomatologie douloureuse décrite par le Dr E. _____ et l'événement du 9 juillet 2021. 6.2.3. Le 21 septembre 2023, le Dr

I. _____ a précisé l'avis du Dr D. _____ en ce sens que: - Pour ce qui concerne les structures musculo-tendineuses, ligamentaires et autres tissus mous à la face latérale: un très discret épaissement fusiforme hypo-intense de la bandelette ilio-tibiale à l'aplomb de la face latérale du condyle fémoral latéral avec à sa face profonde, interposée au contact de la corticale condylienne l'impression d'une discrète infiltration tissulaire de signal à peine œdémateux, possible expression d'une bursopathie néoformée suite à un conflit local dans le cadre d'un syndrome de l'essuie glace; au versant antérieur de la bandelette ilio-tibiale, un épaissement discrètement hétérogène avec une infiltration œdémateuse du ligament fémoro-patellaire latéral, possible évolution d'une lésion par écrasement ou d'une pathologie mécanique par conflit local; l'absence d'autre particularité notamment de lésion du ligament collatéral fibulaire, des autres structures capsulo-ligamentaires du point d'angle postéro-latéral et du tendon poplité.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 - Au niveau du compartiment fémoro-tibial latéral: quelques lésions chondrales en zone portante postérieure condylienne et tibiale avec de fines fissures concernant par endroits + de 50% de l'épaisseur de grade III; une fine fissure horizontale appuyée sur le bord libre et la face tibiale de la corne postérieure du ménisque en regard, ébauchant une déchirure localisée sans segment méniscal instable décelé. - Au niveau du compartiment fémoro-tibial: une déchirure horizontale du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque affleurant et fragmentant focalement le bord libre de la corne postérieure en isolant partiellement une fine languette ondulée paramédiane avec une extension à la face tibiale, proche de la jonction ménisco-capsulaire postéro-médiale; des lésions chondrales de grade III du condyle en zone portante paramédiane postérieure proche de la déchirure méniscale. - Au niveau du compartiment fémoro-patellaire: de multiples lésions chondrales patellaires latérales avec quelques fines fissures concernant focalement toute l'épaisseur soulignées de discrets remaniements osseux sous-chondraux de grade IV. - Au niveau tibio-fibulaire: une articulation d'aspect normal. - Au niveau de l'échancrure inter-condylienne – des ligaments croisés: un kyste arthrosynovial infiltrant aux contours irréguliers mesurant 27 x 17 x 10 mm s'insinuant au sein des fibres du bord médial du LCA et colonisant le bord latéral du LCP; un aspect discrètement remanié du LCA avec un épaissement hypo-intense du bord antérieur du secteur supérieur du faisceau antéro-médial un amincissement de son faisceau postéro-latéral, orientant vers les séquelles d'une déchirure partielle à un stade fibrocicatriciel; un LCP aux contours irréguliers avec un amincissement et une hétérogénéité de ses fibres au contact du kyste, sémiologie évoquant également les séquelles d'une ancienne déchirure partielle. - Au niveau du plan capsulo-ligamentaire médial: un épaissement diffusément hypo-intense du secteur proximal du faisceau superficiel du ligament collatéral suggérant les séquelles d'une ancienne déchirure à un stade cicatriciel. - Pour les autres espaces articulaires: une lame d'épanchement de faible importance avec quelques franges synoviales épaissies caractérisant une discrète synovite notamment au pourtour de l'échancrure inter-condylienne. - Pour ce qui concerne les structures osseuses: l'absence d'une particularité. - Pour les autres structures musculo-tendineuses, les structures vasculo-nerveuses et les autres tissus mous: l'absence de pathologie décelable dans les limites de la technique utilisée. En résumé et en définitive, la relecture de cet examen précise au versant latéral et postéro-latéral du genou: - Des remaniements de la bandelette ilio-tibiale avec l'impression d'une infiltration tissulaire à sa face profonde appuyant l'hypothèse d'un conflit dans le cadre d'un syndrome de l'essuie-glace. - Des remaniements du ligament fémoro-patellaire latéral en regard, possible évolution d'une atteinte

post-traumatique ou par surcharge mécanique. - L'absence de lésion associée du tendon poplité, du ligament collatéral fibulaire, des autres structures capsulo-ligamentaires du point d'angle postéro-latéral. - Au niveau du compartiment fémoro-tibial latéral, quelques lésions chondrales condyliennes et tibiales en zone portante postérieure de grade III et une ébauche de déchirure de la corne postérieure du ménisque, appuyée sur le bord libre et la face tibiale.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Le 25 octobre 2023, le Dr H. _____ a exposé que le Dr I. _____ confirmait l'absence d'atteinte structurelle significative du compartiment externe du genou, en particulier du ligament latéral externe, du tendon poplité et de la bandelette ilio-tibiale. Cette dernière présentait un épaissement discret et fusiforme, ainsi qu'un épaissement discrètement hétérogène au versant antérieur de la bandelette ilio-tibiale, accompagné d'une infiltration œdémateuse du ligament fémoro-patellaire latéral. Ces images étaient plausibles avec le diagnostic de contusion/entorse du genou gauche sans atteinte structurelle à la suite de l'événement concerné. À l'aune de l'appréciation du Dr I. _____, qui confirme l'absence de lésion structurelle du compartiment externe, il était difficile de suivre l'appréciation du Dr E. _____, qui soutient que les douleurs persistantes du compartiment externe du genou sont encore en relation avec l'événement concerné. Cela est d'autant moins vraisemblable que le chirurgien mentionne dans sa réponse qu'il s'agit de lésions capsulo-ligamentaires légères, dont la récupération serait retardée par l'âge du patient et son état antérieur à l'accident. Sur ce point, le Dr H. _____ retient que, deux ans après l'événement, il était difficile de concevoir que des lésions bénignes sans atteinte structurelle significative n'aient pas guéri. Il ajoute que, bien que des examens complémentaires seraient certainement utiles pour préciser la situation actuelle, ils n'étaient pas nécessaires pour apprécier l'atteinte structurelle et la relation de causalité naturelle entre les plaintes de l'assuré et l'événement concerné. Selon lui, l'IRM du 9 août 2021 est suffisante. Il maintient dès lors qu'il n'existe aucune atteinte structurelle significative démontrée du compartiment externe du genou gauche pouvant étayer solidement le diagnostic du Dr E. _____. 6.2.4. Le 17 août 2022, le Dr E. _____ a maintenu que la lésion et entorse du ligament latéral externe (LLE) et du complexe du point d'angle postéro-externe (PAPE), ainsi que l'inflammation bandelette ilio tibiale, étaient confirmées à l'examen clinique et à l'examen des images d'IRM. 6.2.5 Sur le vu de ces éléments, suffisants pour se prononcer en l'état, la Cour retient que les avis du Dr E. _____ révèlent une trajectoire symptomatique marquée par des fluctuations, comprenant des améliorations temporaires suivies de rechutes, dans un contexte de blessures bénignes (événement du 9 juillet 2021), sans atteinte structurelle significative (entorse). Malgré cette atteinte post-traumatique (notamment visible autour du ligament fémoro-patellaire latéral), le genou a maintenu sa stabilité (consid. 5.1 supra), avec une mobilité majoritairement préservée. Les douleurs persistantes, localisées dans le compartiment externe et postéro-externe du genou, sont exacerbées par des mouvements de flexion au-delà de 130° à 135°, ainsi que par certaines activités spécifiques (comme se tenir accroupi ou plier les genoux). Le recourant a par ailleurs réagi positivement aux traitements conservateurs, incluant physiothérapie et infiltration, avec une évolution lente et un arrêt de travail maintenu à 50 %. En se fondant sur les données objectives des IRM et des multiples avis médicaux, notamment du chirurgien traitant, la Cour constate une coexistence de signes dégénératifs et post-traumatiques. D'un côté, les douleurs en flexion au-delà de 130° à 135°, le kyste arthrosynovial mesurant 27 x 17 x 10 mm, les modifications tissulaires de la bandelette ilio-tibiale (épaississement et infiltration œdémateuse) ainsi que les séquelles cicatricielles d'anciennes déchirures ligamentaires constituent des signes typiques d'une

usure progressive, propre à un processus dégénératif, indépendant de tout accident. Ces manifestations traduisent donc un état pathologique antérieur, déjà en cours avant l'entorse du 9 juillet 2021. D'un autre côté, les infiltrations œdémateuses visibles sur les IRM et l'épaississement ligamentaire, associés au diagnostic d'entorse, montre que cet événement a contribué à une aggravation (temporaire) des douleurs liées au compartiment externe du genou.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Toutefois, l'examen approfondi des avis médicaux révèle que l'accident n'a eu qu'un impact transitoire, aggravant seulement temporairement un état déjà pathologique sans laisser de séquelles durables. Les éléments radiologiques, comme l'épaississement fusiforme de la bandelette ilio-tibiale et l'infiltration œdémateuse du ligament fémoro-patellaire latéral, confirment un diagnostic de contusion ou d'entorse bénigne, sans atteinte structurelle significative (lésions capsulo-ligamentaires légères). Le docteur H._____ expose en outre de manière convaincante qu'il n'existe aucune donnée médicale pouvant accréditer qu'une telle lésion bénigne n'ait pas totalement guéri dans un délai de six mois au plus. Vu notamment les explications du médecin-conseil, la Cour retient que les douleurs récurrentes et les gênes observées par le chirurgien traitant six mois après l'accident ne peuvent plus être attribuées à ce dernier, et sont manifestement imputables à l'état antérieur dégénératif. Les remaniements au niveau des ligaments croisés, avec de signes de fibrose cicatricielle, renforcent en effet l'hypothèse d'un processus de dégénérescence ancien, et bien installé avant l'accident. En conséquence, la Cour retient que, bien que l'accident du 9 juillet 2021 ait provoqué une aggravation temporaire des symptômes, les douleurs récurrentes et la gêne subséquentes six mois plus tard sont manifestement exclusivement dues au processus dégénératif préexistant, sans lien de causalité naturelle avec l'événement traumatique (statu quo sine). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à retenir en relation de causalité naturelle prépondérante avec l'événement du 9 juillet 2021. 7. Conclusion, frais et indemnité de partie Au vu de ce qui précède, le dossier est complet et permet à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire, notamment une expertise médicale. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 29 juin 2022 confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. fbis LPGA), ni alloué d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 29 juin 2022 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de partie. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 octobre 2024/obl Le Président Le Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.