

S2 22 9

JUGEMENT DU 19 JUIN 2023

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens du Valais, 1950 Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), 6004
Lucerne, intimée

(art. 36 LAA et 43 LPGA ; statu quo sine/ante, valeur probante)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1970, ressortissant portugais, a exercé une activité professionnelle de chauffeur auprès de l'entreprise A _____ AG Wallis depuis novembre 2016. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 19 août 2019, en voulant décharger du matériel de son camion, il est tombé après avoir glissé (dossier CNA, pièce 1). Invité à décrire l'évènement, l'assuré a indiqué qu'il était tombé en arrière en voulant ouvrir les rideaux de son camion (pièce 4). Le même jour, il s'est rendu aux service des urgences de l'Hôpital de Sion en raison de douleurs au niveau du dos, du coude à gauche et de la hanche à gauche. Après avoir réalisé des radiographies n'ayant pas montré de fracture, ainsi qu'un examen neurologique dans la norme, le diagnostic de dorsalgies non déficitaires post traumatique avec contusion du coude à gauche a été posé (pièces 21 et 22).

Son médecin traitant, le Dr B _____, généraliste FMH, l'a ensuite mis en arrêt de travail pour cause d'accident jusqu'en décembre 2019 (pièces 6, 14, 24 et 31) et lui a prescrit des séances de physiothérapie ainsi que des analgésiques (pièce 13). Le 1^{er} novembre 2019, il a indiqué que son patient présentait de fortes douleurs au genou gauche, mais que la situation évoluait favorablement (pièce 23).

Sur proposition du médecin traitant, une radiographie et une échographie du genou gauche ont été réalisées le 4 novembre 2019. Celles-ci n'ont pas révélé d'anomalie, ni de lésion osseuse ou du tendon rotulien, ni de collection au niveau des parties molles (pièces 25 et 29). Une IRM du 11 novembre 2019 a en revanche montré une « *fissure mixte du corps et de la jonction corps et corne postérieure du ménisque interne associée à une entorse grade I sans image de rupture du ligament latéral interne* », raison pour laquelle une arthroscopie et résection méniscale a été suggérée puis réalisée le 24 janvier 2020 (pièces 29 et 30).

Après avoir examiné ces imageries, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'assuré récupérerait une capacité de travail dans un délai de deux à trois mois. Selon lui, l'accident du 19 août 2019 avait provoqué une entorse du ligament latéral médial (« *Zerrung des medialen lateralen Ligaments* ») ainsi que révélé la lésion du ménisque. Il a cependant estimé que cette lésion méniscale, qui justifiait l'opération, n'avait pas d'origine traumatique. A son avis, l'entorse allait guérir en 6 à 8 semaines, de sorte qu'en date du

30 septembre 2019 l'assuré avait retrouvé la situation qui aurait été la sienne sans l'accident du 19 août 2019 (pièces 34 et 35).

C. Par courrier du 16 décembre 2019, la CNA a signifié à son assuré qu'un terme serait mis à ses prestations au 23 décembre suivant, au motif que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient plus en relation de causalité avec l'évènement du 19 août 2019 (pièces 36 et 45).

Le 10 mars 2020, l'intéressé a vigoureusement contesté l'absence de causalité entre ses problèmes de santé et son accident du 19 août 2019 (pièce 50). Pour appuyer ses dires, il a produit un rapport du Dr B _____ du 21 février 2020, dans lequel ce dernier a affirmé que son patient n'avait jamais présenté de douleurs dans son genou gauche avant l'accident du 19 août 2019. Ce médecin traitant a estimé que les lésions découvertes avaient été causées par l'évènement accidentel. Il a néanmoins reconnu que des lésions méniscales pouvaient apparaître dans un contexte dégénératif au vu de l'âge de l'assuré (49 ans au moment de l'accident) et a ajouté qu'il était difficile de prouver l'origine exacte des lésions méniscales à partir de 45-50 ans, de sorte que l'avis du médecin conseil de l'assurance prévalait dans la majorité des cas (pièce 53).

Interpellé le 23 mars 2020, le Dr C _____ a confirmé que les examens réalisés n'avaient pas mis en évidence une origine traumatique à la lésion et que l'IRM du 11 novembre 2019 avait notamment montré une fissure de la corne postérieure du ménisque qui était horizontale. Selon lui, en l'absence d'atteinte structurelle ou organique du genou, l'accident du 19 août 2019 n'avait fait que révéler un état dégénératif préexistant et asymptomatique (pièce 54).

Par décision du 25 mars 2020, la CNA a mis un terme à ses prestations au 23 décembre 2019, au motif que les troubles existants au-delà de cette date n'étaient plus en relation de causalité avec l'évènement du 19 août 2019 (pièce 57).

Le 23 avril 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision en soutenant que l'avis de son médecin traitant n'avait pas été pris en compte par le médecin d'arrondissement de la CNA. A son avis, il convenait de suivre l'appréciation du Dr B _____, laquelle bénéficiaire d'une pleine valeur probante (pièce 64).

Après avoir une nouvelle fois soumis le cas à son médecin d'arrondissement pour une appréciation médicale (pièce 67), la CNA a, par décision sur opposition du 7 décembre 2021, confirmé la fin du versement des prestations au 23 décembre 2019, en estimant que l'avis du Dr C _____ était entièrement probant.

D. X _____ a recouru céans contre cette décision sur opposition le 24 janvier 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au maintien des prestations LAA au-delà du 23 décembre 2019. En substance, il a repris l'argumentation développée dans son opposition du 23 avril 2020, en remettant en cause la valeur probante de l'avis du Dr C _____ lequel avait tout simplement ignoré l'avis de son médecin traitant. Selon le recourant, en présence de ces opinions divergentes, il se justifiait d'ordonner une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 24 février 2022, la CNA a souligné que l'appréciation du médecin d'arrondissement était entièrement probante et qu'elle n'avait en outre pas été formellement contredite par le Dr B _____.

Le 28 mars 2022, le recourant a produit un rapport de son médecin traitant du 25 février précédent, indiquant qu'il n'avait pas d'éléments supplémentaires à apporter.

La CNA ayant maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours dans sa duplique du 11 mai 2022, l'échange d'écritures a été clos le 12 mai 2022.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 24 janvier 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 7 décembre 2021 a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 19 août 2019 au-delà du 23 décembre 2019.

2.1. Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, dont les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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'évènement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 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*). 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 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 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 ; arrêt 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

2.3. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-

6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, 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 minime 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 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ;

arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3. Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 23 décembre 2019, au motif que le *statu quo sine/ante* avait été atteint à cette date, conformément à l'avis de son médecin-conseil.

3.1. Pour le Dr C _____, l'accident du 19 août 2019 avait provoqué une entorse du ligament latéral médial, laquelle avait guéri dans un délai de 6 à 8 semaines. Concernant la lésion méniscale, il a estimé qu'elle avait été provoquée par des atteintes dégénératives et que la chute avait seulement contribué à la révéler.

En l'état du dossier, son analyse apparaît comme fondée et doit être confirmée. En effet, lors de sa chute du 19 août 2019, le recourant ne s'est pas plaint de douleurs au genou gauche. Il ressort ainsi du rapport de consultation aux urgences de ce même jour que l'intéressé présentait des douleurs au niveau du dos, du coude et de la hanche gauches, raison pour laquelle le diagnostic de dorsalgies non déficitaires post traumatiques avec contusion au coude gauche a été posé. Rien n'a en revanche été signalé au niveau de son genou gauche, les quatre membres ayant été examinés sans faire ressortir une perte fonctionnelle, une perte de force ou des paresthésies (cf. pièce 22). Ce n'est qu'en date du 1^{er} novembre 2019, que le Dr B _____ a déclaré que son patient souffrait de douleurs au genou gauche (cf. pièce 23) et qu'il a requis des examens de cette articulation. Aucune lésion osseuse ou tendineuse n'a cependant été mise en évidence par les radiographies du 4 novembre 2019. L'IRM du 11 novembre suivant a ensuite révélé une fissure dans le ménisque interne, mais n'a pas montré d'anomalie osseuse ou du cartilage ni d'altération des tendons (cf. pièce 29). Cela étant, après avoir examiné les pièces du dossier et pris en compte l'anamnèse du recourant, le Dr C _____ a

expliqué d'une manière étayée et cohérente que la lésion méniscale était d'origine dégénérative, notamment en raison de l'orientation horizontale de la fissure, typique d'une atteinte dégénérative. La littérature médicale reconnaît en effet qu'une lésion non traumatique peut se développer progressivement sous forme d'une fissure horizontale au sein du ménisque chez les assurés de plus de 35 ans (BILLIÈRES/MIOZZARI/LÜBEKKE/HANNOUCHE, Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ? in Revue médicale suisse du 13 décembre 2017 ; Management of traumatic meniscus tears : the 2019 ESSKA meniscus consensus du 31 octobre 2019 ; arrêt 8C_807/2019 du 1^{er} février 2021 consid. 6.2). Au demeurant, ces imageries n'ont pas objectivé de lésion structurelle, comme relevé par le médecin d'arrondissement, ce qui va également à l'encontre d'une atteinte traumatique.

3.2. Pour le recourant, la CNA aurait dû retenir l'avis de son médecin traitant lequel estimait que la lésion méniscale avait une origine traumatique. Son avis du 21 février 2020 est cependant uniquement basé sur un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* lequel est insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Le Dr B _____ s'est en effet limité à dire que son patient ne l'avait jamais consulté auparavant pour une problématique de douleur au genou gauche (cf. pièce 53). A l'inverse, il ne critique pas l'appréciation du médecin d'arrondissement ni son interprétation des imageries et ne soutient pas que la lésion serait verticale et donc d'origine traumatique. Il reconnaît d'ailleurs que des lésions méniscales dégénératives se développent généralement à l'âge de son patient (49 ans au moment de l'accident) et qu'il est alors difficile de prouver l'origine exacte de ces atteintes. La prévalence de lésions méniscales non traumatiques augmente en effet avec l'âge et atteint 56% entre 50 et 59 ans (BILLIÈRES/MIOZZARI/LÜBEKKE/HANNOUCHE, op. cit.). Or, en droit des assurances sociales, la règle du degré de la vraisemblance prépondérante exige que le rapport de cause à effet entre l'accident et la lésion ne soit pas seulement possible mais qu'il apparaisse comme probable (ATF 142 V 435 consid. 1 précité), ce que le Dr B _____ n'a pas été en mesure de démontrer. Le 8 mars 2022, il n'a au demeurant eu aucun élément supplémentaire à apporter. Il est du reste rappelé que pour faire douter de la fiabilité et de la pertinence d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, il ne suffit pas de lui opposer le seul désaccord d'un médecin traitant, dépourvu de toute explication circonstanciée et convaincante. Encore faut-il qu'on puisse également attribuer un caractère probant à l'appréciation du médecin traitant et que celle-ci laisse subsister des doutes suffisants sur la question médicale litigieuse, ce qui

n'est en l'occurrence pas le cas (ATF 135 V 465 ; arrêt 8C_45/2018 du 17 décembre 2018 consid. 5).

La situation médicale était dès lors suffisamment claire pour que la CNA puisse rendre sa décision sur opposition sans administrer un autre moyen de preuve. Aucun avis médical motivé ne permettait en effet de remettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement. Dans la même mesure, la Cour de céans peut dorénavant rendre un jugement valable sur la cause sans qu'il ne faille ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'une expertise telle que souhaitée par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

3.3. On ajoutera encore que l'intéressé n'a pas spontanément décrit avoir subi, lors de sa chute du 19 août 2019, un mouvement de flexion-rotation de son genou gauche qui aurait le cas échéant pu représenter un mécanisme typiquement accidentel. Il a ainsi simplement indiqué être « *tombé en arrière* » (cf. pièce 4) et ce n'est seulement lors de son audition du 14 juillet 2020 qu'il a émis la possibilité que son genou se soit tordu lors de sa chute de sa hauteur sur le dos (cf. pièce 72). Or, ces compléments donnés par l'intéressé seulement après avoir reçu la décision du 25 mars 2020 mettant un terme à ses prestations n'apparaissent pas convaincants dès lors qu'ils n'ont pas été signalés lors de ses premières déclarations. Etant visiblement le produit de réflexions asséurologiques ultérieures – conscientes ou non – ils ne sauraient par conséquent être décisifs dans la présente cause (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et 121 V 45 consid. 2a ; arrêt U 64/02 du 26 février 2004 consid. 2.2.3).

3.4. Au vu des éléments qui précèdent, aucune raison objective ne justifie de s'écarter de l'avis probant du Dr C _____. Pour ce dernier, en date du 30 septembre 2019, le recourant avait retrouvé l'état de santé qui aurait été le sien sans l'accident du 19 août 2019, une entorse du ligament latéral médial guérissant dans un délai de 6 à 8 semaines. Par conséquent, en date du 23 décembre 2019, l'intimée pouvait légalement considérer que les lésions somatiques résiduelles du recourant n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec son accident du 19 août 2019.

Il s'ensuit que le recours du 24 janvier 2022 est rejeté et la décision sur opposition du 7 décembre 2021 confirmée.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires).

5. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni à l'intimée, laquelle agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 19 juin 2023.