COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Durussel, juge, et Mme Boesch, assesseure

Greffier : M. Varidel

*****

Cause pendante entre :

C._____, à D***, recourant, représenté par H._____, à D***,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

_____

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait depuis le 1er juillet 2023 en qualité de [...] à 100 % pour le compte de F._____, à G***. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 21 février 2024, à K***, l'assuré s'est blessé au genou gauche en pratiquant le fitness. Selon des déclarations d'accident-bagatelle complétées les 14 et 15 mars 2024, il a connu un « surmenage lié au sport (Überlastung durch Sport) », laquelle a entraîné une inflammation (Entzündung) au genou gauche. Cet événement n'a pas entraîné d'interruption de travail.

Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonnance magnétique) de l'articulation du genou gauche, daté du 5 mars 2024, le Dr L._____, spécialiste en radiologie, a fait état de ce qui suit (traduction libre de l'allemand) :

> « **Données cliniques :**
> Gonflement prépatellaire avec signe d'épanchement depuis 2 semaines ; amélioration déjà constatée après une semaine de traitement par AINS, mais persistance d'une limitation de la flexion et de douleurs au-dessus de l'espace articulaire, en latéral. Rotation douloureuse. Il convient de se poser la question d'éventuelles lésions des structures internes.
>
> **Résultats :**
> Médial : ligament latéral intact, ainsi que l'insertion distale du pes anserinus. Déchirures multiples dans la corne postérieure du ménisque médial, s'étendant vers les faces supérieure et inférieure, ainsi que, de manière plus modérée, vers la base du ménisque. Petite lésion proche de la pointe, à la jonction avec le tiers moyen. La corne antérieure est intacte. Pas de lésions cartilagineuses circonscrites et profondes. On observe toutefois un rétrécissement global du revêtement cartilagineux du plateau tibial dans la moitié dorsale.
> Intercondylien : ligaments croisés antérieur et postérieur intacts.
> Latéral : ligament latéral intact, ainsi que le tendon poplité, l'insertion distale du tendon du biceps fémoral et du tractus ilio-tibial. Ménisque intact. Aucune lésion cartilagineuse circonscrite et profonde. Aucun œdème médullaire.
> Fémoro-patellaire : épanchement modéré au niveau de l'articulation du genou. Pas de kyste de Baker. Corps adipeux de Hoffa de configuration normale, sans perturbation du signal. Micro-lésions du cartilage rotulien du côté médial (degré 2). Sinon, revêtement

cartilagineux intact au niveau de la rotule et de la trochlée. Pas d'œdème médullaire. Rétinaculum médial et latéral intacts. Représentation normale de l'insertion distale du tendon du quadriceps et du ligament rotulien.

Évaluation :
Épanchement articulaire du genou. Lésion du ménisque médial au niveau de la corne postérieure. Chondropathie légère au niveau du plateau tibial médial ainsi qu'une chondropathie légère et circonscrite de la rotule du côté médial. »

Aux termes d'un rapport de radiographie « genoux en Schuss » du 30 avril 2024, le Dr N._____, spécialiste en radiologie, a fait état de ce qui suit :

« **Indication**
Lésion méniscale interne gauche

Description
Pas de comparatifs.

A droite pas de pincement fémoro-tibial interne ou externe. Pas d'autre anomalie sur la seule incidence réalisée.

A gauche pincement Ahlbäck I du compartiment fémoro-tibial interne. Pas d'anomalie démontrable du compartiment fémoro-tibial externe. »

Dans un rapport du 3 mai 2024, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constatant que l'IRM réalisée le 5 mars précédent montrait un épanchement intra-articulaire, une déchirure complexe de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne avec une languette instable dans l'échancrure, sans lésion cartilagineuse ni ligamentaire, a préconisé la réalisation d'une intervention chirurgicale consistant en une arthroscopie du genou gauche et ménisectomie interne partielle.

Aux termes d'un protocole opératoire du 30 mai 2024, le Dr P._____ a indiqué avoir procédé à une arthroscopie du genou gauche, avec ménisectomie de 40 % de la corne postérieure jusqu'à la jonction [de la] corne moyenne du ménisque interne. Il a par ailleurs fait état de ce qui suit :

« *Bilan articulaire* :

- compartiment fémoro-patellaire : pas de chondropathie de la rotule ni de la trochlée.

> - compartiment fémoro-tibial interne : chondropathie Outerbridge 1 du plateau tibial. Condyle fémoral sp. On note une déchirure complexe de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne avec une languette instable. Résection à la pince basket, régularisation de 40 % de la corne postérieure du ménisque interne à la jonction corne moyenne.
>
> - pivot central : LCA sp. LCP également.
>
> Compartiment fémoro-tibial externe : pas de chondropathie du plateau tibial et du condyle fémoral. Ménisque externe, hiatus et tendon poplité sp. »

Par courrier du 16 août 2024, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle considérait l'événement du 21 février 2024 comme un cas bagatelle, pour lequel elle avait pris en charge les frais de traitement jusqu'ici, sans nécessité d'examen approfondi des circonstances de l'événement. Elle soulignait néanmoins qu'en l'absence de rapports médicaux permettant d'éclaircir la situation, elle n'était pas tenue de continuer à prester.

Dans un certificat médical LAA établi le 27 août 2024, la Dre R._____, médecin auprès du S._____ de K***, a indiqué que l'assuré l'avait consultée le 21 février 2024 après avoir développé depuis une semaine des douleurs progressives au genou gauche, accompagnées d'une limitation de la flexion, ainsi qu'un gonflement intermittent, qui aurait diminué sous traitement anti-inflammatoire. Le patient n'évoquait pas de traumatisme, ni aucune sollicitation excessive et il s'agissait du premier épisode de ces symptômes. Le diagnostic retenu sur la base de l'IRM réalisée le 5 mars 2024 était une lésion du ménisque médial. La Dre R._____ précisait encore qu'il n'y avait, selon elle, pas de notion d'accident.

Répondant le 30 août 2024 à un questionnaire préalablement transmis par la CNA, l'assuré a décrit l'événement du 21 février 2024 en ces termes (traduction libre de l'allemand) : « Lors de l'entraînement des jambes au sport, ou plus précisément lors d'exercices de fitness sur une machine destinée à muscler les jambes. Lors de cet exercice de fitness sur la machine, j'ai ressenti un coup soudain et douloureux au genou ». A la question de savoir si quelque chose d'extraordinaire ou d'inattendu s'était

produit dans son mouvement (comme par exemple une glissade, une chute, un heurt), il a répondu par l'affirmative, en mentionnant un coup et une douleur soudaine au genou. Il a également précisé n'avoir jamais été en incapacité de travail à la suite de cet événement.

Dans un rapport du 3 février 2025, le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de gonalgies gauches fémoro-tibiales avec surcharge du compartiment fémoro-tibial, status post déchirure complexe de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne avec languette instable, status post ménisectomie partielle médiale, chondropathie débutante du compartiment fémoro-tibial médial, et morphotype en *genu varum*. L'examen clinique, qui restait tout à fait rassurant, éliminait, selon le spécialiste, la présence d'une lésion ménisco-ligamentaire significative qui imposerait la réalisation d'une nouvelle IRM. Afin de pallier des douleurs modérées du compartiment fémoro-tibial médial consécutives à la reprise de l'activité sportive, il proposait à son patient un traitement conservateur par infiltration intra-articulaire par PRP (plasma riche en plaquettes) et AH (acide hyaluronique) et lui conseillait également d'arrêter la course à pied.

Dans un rapport d'appréciation brève du 24 février 2025, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a estimé, sur la base des pièces médicales disponibles, que l'atteinte au genou gauche de l'assuré était due principalement à l'usure ou à une maladie.

Par courrier du même jour, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin à sa prise en charge des suites de l'événement du 21 février 2024 au 16 août 2024, constatant que les documents en sa possession lui permettaient d'écarter l'existence d'un accident et indiquaient que les lésions à son genou gauche, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, étaient principalement dues à l'usure ou à une maladie.

Dans un rapport du 19 mai 2025, le Dr T._____ a fait état de suites simples s'agissant de l'infiltration intra-articulaire du genou gauche

par PRP et acide hyaluronique réalisée le 19 février 2025, ainsi que d'une bonne évolution générale, et avait convenu avec son patient d'une seconde prise en charge infiltrative. Le Dr T._____ a par ailleurs fait état de ce qui suit (sic) :

> « Il semble exister un conflit assécurologique puisque l'assurance-accident SUVA a clôturé le cas en août 2024. Il pré existait quelques chondropathies fémoro-tibiales médiales tout à fait modérées mais le patient ne présentait aucune symptomatologie avant l'accident ».

Par courriel du 23 juin 2025, l'assuré, représenté par H._____, a fait valoir que la preuve libératoire, incombant à l'assureur-accidents, que les lésions sont principalement – c'est-à-dire à plus de 50 % – imputables à une pathologie dégénérative, ne saurait être valablement apportée sur la seule base d'une brève appréciation médicale. Il sollicitait par conséquent qu'une décision formelle soit rendue afin de pouvoir exercer ses droits.

Dans un rapport d'appréciation médicale du 6 août 2025, le Dr V._____ a maintenu ses précédentes conclusions. Après avoir résumé les faits pertinents selon les pièces médicales et procédé à l'examen de la documentation radiologique figurant au dossier, le médecin-conseil a retenu les diagnostics d'atteinte complexe avec une languette instable de la corne postérieure moyenne du ménisque interne au genou gauche, d'atteinte dégénérative débutante fémoro-tibial interne avec morphologie en *genu varum* au genou gauche, et de status après arthroscopie du genou gauche avec ménisectomie partielle médiale le 30 mai 2024. Le Dr V._____ a retenu que l'analyse du dossier radiologique avait mis en évidence la présence d'une atteinte dégénérative débutante du compartiment fémoro-tibial interne, avec un amincissement cartilagineux et une ostéophytose débutante ainsi qu'une sclérose sous-chondrale du plateau tibial, associées à une atteinte dégénérative de la corne moyenne postérieure du ménisque interne, principalement de type horizontal. Sur cette base, il a estimé que la déchirure méniscale était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Le 27 août 2025, l'assuré a réitéré sa demande visant à ce qu'une décision formelle soit rendue.

Par décision du 2 septembre 2025, la CNA a confirmé sa position et mis fin au versement des prestations au 16 août 2024.

Par pli du 11 septembre 2025, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé à la décision susmentionnée, en concluant au maintien de la prise en charge des traitements médicaux et prestations liés à l'événement du 21 février 2024 au-delà du 17 [recte : 16] août 2024. A l'appui de ses conclusions, il a fait valoir qu'il ressortait de l'IRM du 5 mars 2024 et que les constatations arthroscopiques consignées dans le protocole opératoire du 30 mai 2024 du Dr P._____ avaient révélé une chondropathie de stade I, attestant selon lui d'un genou très peu usé, ainsi que la présence d'une languette instable, confirmant selon lui une lésion radiaire du ménisque interne, laquelle indiquerait une origine traumatique.

Par décision sur opposition du 7 novembre 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa précédente décision, faisant sienne l'appréciation du Dr V._____ et relevant, par ailleurs, que les allégations de l'assuré n'étaient pas étayées par le dossier médical.

B. Par acte du 29 novembre 2025, C._____, toujours représenté par H._____, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation [recte : à sa réforme] en ce sens que l'intimée était condamnée à prendre en charge les suites de l'événement du 21 février 2024 au titre de l'assurance-accidents [au-delà du 16 août 2024]. A l'appui de ses conclusions, il a allégué qu'une lésion radiaire du ménisque aurait également été présente à l'IRM réalisée le 5 mars 2024, laquelle se serait ajoutée à un ménisque dégénératif, attestant, selon lui, du caractère traumatique de la lésion. Le recourant se prévalait à cet égard de l'avis du Dr W._____, spécialiste en radiologie, lequel avait analysé le bilan iconographique en question dans un rapport intitulé « IRM du genou gauche du 20/11/2025 » annexé, faisant état de ce qui suit :

> « **Description**
>
> **Du point de vue ostéocartilagineux :** chondropathie fissuraire de grade III du versant médial de la rotule sans atteinte du cartilage de la trochlée ni du cartilage fémoro-tibial externe ou interne ni tibio

fibulaire proximale. Epanchement intra-articulaire de grande abondance. Absence de kyste poplité. Plica médio et latéro patellaire fines.

Du point de vue méniscoligamentaire : intégrité des ligaments croisés. Intégrité des ligaments périphériques. Absence de lésion du ménisque externe. Fissure horizontale étendue de la corne postérieure du ménisque interne avec une composante radiaire corporéale délimitant une languette méniscale inférieure non luxée.

Du point de vue musculo-tendineux et périarticulaire : absence d'anomalie du système extenseur. Absence d'anomalie des différentes structures musculo-tendineuses périarticulaires. Absence de bursite de la patte d'oie.

Conclusion

Fissure complexe horizontale et radiaire de la corne postérieure et du corps du ménisque interne délimitant une languette méniscale inférieure non luxée. Chondropathie fissuraire grade III du versant médial de la rotule. »

Dans sa réponse du 14 janvier 2026, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit un rapport d'appréciation brève du 8 janvier 2026 de la Dre X._____, médecin praticien et médecin-conseil de la CNA, selon laquelle le rapport radiologique du 20 novembre 2025 du Dr W._____ n'était pas susceptible de justifier une appréciation différente du cas de l'assuré, notant que les descriptions consignées par le radiologue prénommé plaidaient en faveur d'une atteinte méniscale par usure et que le chirurgien décrivait un état clinique similaire dans son compte-rendu opératoire du 30 mai 2025 [recte : 2024], à savoir une « déchirure complexe de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne avec une languette instable du genou gauche ». Pour le surplus, la Dre X._____ estimait qu'il serait nécessaire de disposer des images d'IRM réalisées le 20 novembre 2025 pour déterminer si la lésion radiaire décrite par le Dr W._____ pouvait être considérée comme une lésion nouvelle à caractère traumatique.

En réplique, le 27 janvier 2026, le recourant a maintenu ses conclusions, critiquant en particulier la valeur probante des conclusions de la médecine d'assurance. A cet égard, il a fait valoir que l'intimée n'avait pas examiné la situation avec l'attention requise, dans la mesure où le rapport du 20 novembre 2025 produit à l'appui de son recours ne portait

pas sur de nouvelles images d'IRM effectuées postérieurement à la décision attaquée, mais se rapportaient à celles réalisées le 5 mars 2024, tel que cela ressortait explicitement de son acte de recours. Le recourant a également déploré le fait que la Dre X._____ ne se soit pas prononcée sur la lésion radiaire décrite et que le Dr V._____ n'ait pas analysé lui-même les documents d'imagerie.

Dupliquant le 25 février 2026, l'intimée a maintenu sa position, relevant avoir été induite en erreur par l'intitulé du rapport produit en recours, laissant penser qu'il se rapportait à un nouvel examen d'IRM. Elle a également souligné que le Dr V._____ avait livré son évaluation propre de la documentation radiologique consultée avant de faire part de son appréciation, rejetant l'allégation du recourant selon laquelle l'instruction médicale serait lacunaire.

Dans de nouvelles déterminations spontanées du 9 mars 2026, le recourant a maintenu ses conclusions, réitérant en substance les arguments avancés en réplique.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). 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).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement survenu le 21 février 2024 au-delà du 16 août 2024, singulièrement sur le point de savoir si celles-ci correspondent à une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA dont les conséquences doivent être prises en charge par l'intimée.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

b) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

Par ailleurs, 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. Il est considéré comme extraordinaire

lorsqu'il excède, dans le cas particulier, 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 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, *in* : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 *ad* art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

c) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié 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, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Perrenoud, *op. cit.*, n° 30 *ad* art. 4 LPGA ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 97 p. 923s.).

L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont

fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1).

d) Au sujet de la preuve de l’existence d’une cause extérieure prétendument à l’origine de l’atteinte à la santé, les explications d’une personne assurée sur le déroulement d’un fait allégué sont au bénéfice d’une présomption d’exactitude (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références citées). Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l’intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu’elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

e) En l’occurrence, le recourant ne prétend pas que l’événement du 21 février 2024 serait constitutif d’un accident au sens de l’art. 4 LPGA.

On observera néanmoins que la déclaration d’accident bagatelle remplie les 14 et 15 mars 2025 indique que ce dernier a connu un « surmenage lié au sport », laquelle a entraîné une inflammation au genou gauche. En outre, invité à décrire l’événement, le recourant a indiqué, le 30 août 2024, que « […] lors d'exercices de fitness sur une machine destinée à muscler les jambes […], [il avait] ressenti un coup soudain et douloureux au genou. »

Au vu de ce qui précède, la présence d'un facteur extérieur extraordinaire doit effectivement être niée au cas d'espèce, de sorte que l'événement du 21 février 2024 n'est pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et qu'il ne saurait être pris en charge par l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

4. Il reste à déterminer si le recourant peut néanmoins prétendre à des prestations de l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA.

a) 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 que la lésion en cause ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderung und mögliche Probleme bei der Umsetzung *in* SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703). L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et 8.6).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) En l'espèce, il est constant que les déchirures du ménisque figurent dans le catalogue de l'art. 6 al. 2 LAA (let. c). Il s'agit d'examiner si l'intimée a dûment apporté la preuve que les lésions subies par le recourant à son genou gauche sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

aa) Le recourant allègue en substance que la présence d'une lésion radiaire du ménisque interne attesterait d'une origine traumatique de ses lésions au genou gauche. Il se prévaut essentiellement du rapport d'IRM du 20 novembre 2025 du Dr W._____, analysant les images d'IRM réalisées le 5 mars 2024, dans lequel celui-ci conclut à la présence d'une « fissure complexe horizontale et radiaire de la corne postérieure et du corps du ménisque interne délimitant une languette méniscale inférieure non luxée » ainsi que d'une « chondropathie fissuraire grade III du versant médial de la rotule ».

bb) Pour sa part, le Dr V._____ a pris en compte l'anamnèse ressortant des pièces médicales présentes au dossier et procédé à l'analyse des rapports iconographiques, comme suit (cf. rapport d'appréciation médicale du 6 août 2025, p. 4) :

> « **Documentation radiologique** (consultée/propre évaluation)
>
> Radiographies des deux genoux de face et position de schuss du 30.04.2024 :
>
> A gauche on constate un amincissement de l'interligne fémoro-tibial interne avec des signes dégénératifs débutants sous forme d'une ostéophytose du plateau tibial interne et d'une sclérose du plateau tibial interne. Compartiment externe préservé. Morphologie en genu varum.
>
> A droite les interlignes articulaires sont conservés sans signe dégénératif. Structure osseuse conservée des deux côtés.
>
> IRM du genou gauche du 05.03.2024 :
>
> Epanchement intra-articulaire. Signe de chondropathie fémoro-tibiale interne principalement dans la partie postérieure du plateau tibial avec léger œdème sous-chondral traduisant une surcharge mécanique. Ostéophytose débutante du plateau tibial interne. Atteinte méniscale complexe principalement sous forme d'un clivage horizontal avec une languette instable. Extrusion méniscale débutante. Ligament croisé antérieur, postérieur, ligaments collatéraux intacts. Discrète chondropathie de la facette interne de la rotule grade I. »

Il a alors retenu les diagnostics d'atteinte complexe avec une languette instable de la corne postérieure moyenne du ménisque interne au genou gauche, d'atteinte dégénérative débutante fémoro-tibial interne avec morphologie en *genu varum* au genou gauche, et de status après

arthroscopie du genou gauche avec ménisectomie partielle médiale le 30 mai 2024.

Le médecin-conseil a ensuite apprécié la situation du cas concret en ces termes (cf. idem) :

> « Assuré de 48 ans, [...] qui a annoncé un évènement le 15.03.2024 survenu le 21.02.2024 alors qu'il s'entrainait au fitness sur une machine de type Leg-press, il déclare une douleur soudaine au genou gauche. Il consulte dans un premier temps un Centre médical à K*** où l'on constate un épanchement intra-articulaire avec des douleurs pré-patellaires sans douleur des interlignes interne ni externe. Une IRM a été demandée et réalisée le 07.03.2024 [*recte* : le 05.03.2024] démontrant une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne, un épanchement intra-articulaire et des signes de chondropathie de grade I du compartiment interne.
>
> L'assuré est pris en charge ensuite par le Dr P._____ qui retient le diagnostic de déchirure complexe de la corne postérieure moyenne du ménisque interne avec une languette instable au genou gauche. Une arthroscopie pour méniscectomie médiale partielle de 40 % a été réalisée le 30.05.2024 sans complication et avec une évolution post-opératoire favorable. En raison de douleurs à la reprise de l'activité sportive, l'assuré consulte le Dr T._____, médecine physique, rééducation et médecine du sport qui en raison d'une surcharge du compartiment fémoro-tibial interne, d'un morphotype en genu varum a proposé 2 infiltrations de PRP et d'acide hyaluronique avec une évolution favorable.
>
> L'analyse du dossier radiologique montre qu'il existe une atteinte dégénérative débutante du compartiment fémoro-tibial interne avec un amincissement cartilagineux et une ostéophytose débutante et une sclérose sous-chondrale du plateau tibial associées à une atteinte principalement de type horizontale dégénérative de la corne moyenne postérieure du ménisque interne. »

Sur cette base, le Dr V._____ a retenu que la déchirure méniscale était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

cc) En l'occurrence, l'appréciation du Dr V._____ n'est pas sérieusement mise en doute. En effet, l'analyse des images d'IRM réalisées le 5 mars 2024 faite par le Dr W._____ dans son rapport du 20 novembre 2025 décrit certes une « fissure complexe et radiaire de la corne postérieure et du corps du ménisque interne délimitant une languette méniscale inférieure non luxée ». Toutefois, force est de constater que le radiologue ne se prononce aucunement quant à l'origine traumatique ou dégénérative de cette lésion, se contentant d'analyser le bilan iconographique qui lui a

été soumis par le conseil du recourant, ce qui est à l'évidence insuffisant pour mettre en doute l'évaluation circonstanciée du médecin d'assurance. On observera au demeurant que les autres spécialistes qui ont analysé les résultats de l'IRM en question n'ont pas retrouvé de lésion radiaire du ménisque gauche, ni ne se sont prononcés en faveur d'une lésion traumatique. On relèvera également que, malgré qu'elle semble avoir cru, à tort, que le rapport du 20 novembre 2025 du Dr W._____ se rapportait à une nouvelle IRM réalisée à cette date – et non aux images du 5 mars 2024 –, la Dre X._____ note que les descriptions qui y sont consignées plaident en faveur d'une atteinte méniscale par usure et que le chirurgien décrit un état clinique similaire dans son compte-rendu opératoire du 30 mai 2024 (cf. rapport d'appréciation du 8 janvier 2026).

Par ailleurs, les médecins orthopédistes ayant pris en charge le recourant, à savoir les Drs P._____ et T._____, ne se sont pas davantage prononcés sur les origines traumatiques ou dégénératives des lésions du recourant. Tout au plus, ce dernier a mentionné, dans son rapport du 19 mai 2025, qu'« il préexistait quelques chondropathies fémoro-tibiales médiales tout à fait modérées mais le patient ne présentait aucune symptomatologie avant l'accident », ce qui n'est, dans tous les cas, pas suffisant pour ébranler les conclusions du médecin d'assurance.

Dans ces circonstances, il faut admettre que l'intimée a apporté la preuve, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que l'atteinte du genou gauche du recourant est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de l'ensemble des facteurs en cause, à des lésions dégénératives préexistantes à l'événement du 21 février 2024.

Pour le reste, les simples allégations du recourant, par l'intermédiaire de sa représentante, laquelle n'est pas médecin, ne sont pas propres à mettre en doute l'avis des Drs V._____ et X._____, respectivement la position de l'intimée.

5. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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 7 novembre 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente : Le greffier :

Du

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

- H._____, pour C._____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

Le greffier :