

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 décembre 2023

---

Composition : M. NEU, président  
M. Bonard et Mme Pelletier, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 4 et 61 let. c LPGA, 6 al. 1 - 2 et 36 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Ressortissant portugais au bénéfice d'une autorisation de séjour en Suisse (permis B), il travaille depuis le 8 janvier 2018 en tant que menuisier au service de la société A.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 8 octobre 2019, l'assuré a glissé dans les escaliers. Atteint au genou droit (« déchirure du ménisque interne de grade 3 »), il a été mis en arrêt de travail dès le jour de cet incident.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

L'IRM du genou droit effectuée le 16 octobre 2019 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a montré une déchirure complexe du ménisque interne et un probable status après rupture d'un kyste poplité, ainsi qu'un petit épanchement intra-articulaire.

Lors d'une entrevue téléphonique du 20 décembre 2019 avec une collaboratrice de l'agence de la CNA [...], l'assuré a notamment déclaré qu'en descendant les escaliers de son entreprise en posant le pied celui-ci s'était un peu tordu ; il avait ressenti une forte douleur dans le genou droit.

Selon un nouvel entretien du 11 mars 2020 avec un collaborateur du service extérieur de la CNA [...], l'événement du 8 octobre 2019 était précisé comme suit : « Vers 11.00-12.00, il descendait un escalier métallique et il a posé le pied un peu trop en avant de la marche. Son pied a alors glissé sur le nez de marche et est venu taper sur la marche suivante. Il a alors ressenti une violente douleur dans le genou droit. Vu l'importance de la douleur, il s'est accroupi et s'est pris le genou avec les 2 mains. Comme il était encore mobilisable, il a pu continuer

gentiment son cheminement. Dans les heures suivantes, le genou avait gonflé et ressemblait plus à un ballon qu'à une autre chose ».

Les traitements conservateurs mis en place (« cold pack », exercices à domicile et physiothérapie) avaient été stoppés puis ralentis en raison de la crise sanitaire liée au Covid.

Par appréciation médicale du 1<sup>er</sup> mai 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA, a, sur la base des descriptifs au dossier, estimé qu'en l'absence de notion de chute ou d'entorse, l'événement du 8 octobre 2019 n'était pas un accident.

Par décision du 29 juin 2020, la CNA a refusé la prise en charge de l'incident du 8 octobre 2019 au motif qu'il ne remplissait pas les critères d'un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et que, bien qu'il s'agissait d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), cette dernière était due de manière prépondérante à l'usure. La CNA renonçait à réclamer la restitution des prestations déjà servies.

A l'appui de son opposition formée les 27 juillet et 13 octobre 2020 contre cette décision, l'assuré a précisé que, le 8 octobre 2019, il était tombé dans les escaliers de son entreprise en portant deux panneaux en chêne et s'était tordu le genou droit qui était douloureux. Il a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 5 août 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce rapport se termine comme suit :

**“Diagnostic :**

Déchirure post-traumatique ménisque interne droite

Le patient souffre très clairement d'une lésion post-traumatique du ménisque interne à droite, il s'agit indéniablement d'une séquelle d'accident. La Suva a récemment tenté de basculer le cas sur la

caisse maladie, à mon avis à tort. Le cas de Monsieur K. \_\_\_\_\_ est malheureux car différents facteurs ont mené à une situation attentiste trop longue alors qu'une indication à une prise en charge arthroscopique était présente pratiquement dès le début. L'immobilisation dans une attelle jeans durant environ un mois environ a été beaucoup trop longue, la pandémie a empêché une prise en charge plus rapide et la personnalité très anxieuse du patient n'a pas aidé non plus. J'ai eu une discussion prolongée avec lui aujourd'hui, l'arthroscopie est prévue le 11 août 2020 à l'hôpital d'[...], elle sera effectuée par mon collègue le Docteur E. \_\_\_\_\_. J'ai longuement expliqué au patient que le traitement serait fonctionnel, qu'il était important qu'il lâche les cannes rapidement et retrouve une démarche sécurisée. Il doit se fixer comme but de pouvoir reprendre son travail au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2020. Il n'y a pas de contrôle ultérieur prévu chez moi, la suite de la prise en charge sera effectuée à l'hôpital d'[...].” ;

- un protocole opératoire non daté consécutif à une arthroscopie du genou droit avec régularisation de la corne postérieure du ménisque interne du 11 août 2020 ainsi qu'un rapport du 8 septembre 2020 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel l'opération qu'il avait réalisée s'inscrivait dans le cadre des suites de l'accident du 8 octobre 2019.

La CNA a requis l'avis de son médecin-conseil. Dans un rapport du 16 octobre 2020, la Dre H. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré présentait une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA mais que cette lésion était due de manière prépondérante à l'usure. Les avis divergents des médecins traitants ne modifiaient pas cette appréciation ; le Dr F. \_\_\_\_\_ n'expliquait pas en quoi la lésion corporelle n'était pas due de manière prépondérante à l'usure, mentionnant que pour lui il s'agissait de séquelles de l'accident du 8 octobre 2019 de manière indéniable ; quant au protocole opératoire de l'intervention réalisée le 11 août 2020 par le Dr E. \_\_\_\_\_, il démontrait la présence d'une usure au niveau de cette articulation du genou, notamment au niveau du compartiment fémoro-tibial interne avec la présence d'une chondropathie stade I, tant sur le versant fémoral que tibial expliquant l'atteinte dégénérative du ménisque.

Par décision sur opposition du 5 janvier 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 29 juin 2020. Sur la

base des premières déclarations de l'assuré sur le déroulement de l'incident du 8 octobre 2019, elle estimait avoir nié à juste titre la survenance d'un cas d'accident, les conditions de la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA n'étant pas remplies. Pour le reste, se référant à la motivation de la Dre H.\_\_\_\_\_ - médecin-conseil selon lequel il existait « indéniablement des signes dégénératifs et d'usure au niveau du genou D, sous la forme d'une chondropathie touchant deux compartiments, soit fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne, de stigmates d'une rupture du kyste de Baker et d'une atteinte du ménisque interne avec une lésion méniscale complexe mais essentiellement horizontale » - et retenant une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA due de manière prépondérante à l'usure, la CNA confirmait avoir mis fin, à juste titre, au versement des prestations d'assurance avec effet au 30 juin 2020.

**B.**           **a)** Par acte du 4 février 2021 (timbre postal), complété le 22 février 2021, K.\_\_\_\_\_, représenté par Unia Vaud, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à la poursuite de la prise en charge du cas par la CNA au-delà du 30 juin 2020. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a d'abord plaidé que son cas était constitutif d'une lésion assimilée à un accident telle que retenue par l'intimée. Il a ensuite contesté la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance-accidents par la production de nouvelles pièces médicales ; ce faisant, il a requis la mise en œuvre d'une expertise « indépendante » par le tribunal afin de départager les avis médicaux divergents.

**b)** Dans sa réponse du 15 mars 2021, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée. Elle soulignait avoir démontré, d'une part, que l'incident du 8 octobre 2019 ne constituait pas un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. D'autre part, elle rappelait avoir établi, bien qu'il s'agissait d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qu'elle était

imputable, de manière prépondérante, soit à plus de 50 %, à l'usure. Enfin, elle a estimé, en présence d'un dossier complet, que d'autres mesures d'instruction, à l'instar d'une expertise médicale, n'étaient pas nécessaires.

**c)** Au terme d'un second échange d'écritures des 10 et 27 mai 2021, et de déterminations du recourant du 8 juin 2021, les parties ont maintenu leurs positions respectives. De son côté, le recourant a encore produit un rapport du 9 mars 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_.

**C. a)** Le 28 septembre 2022, le magistrat instructeur a confié au Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le soin de procéder à une expertise judiciaire. Se fondant sur ses propres investigations lors de l'entretien du 16 février 2023 avec l'assuré, l'expert a rendu son rapport le 24 avril 2023. Il a posé les diagnostics orthopédiques/traumatologiques de déchirure du ménisque interne du genou droit de grade III le 16 octobre 2019, de status après rupture de kyste de Baker du genou droit le 16 octobre 2019, de status après arthroscopie du genou droit avec régularisation de la corne postérieure du ménisque interne le 11 août 2020, et de re-rupture horizontale dégénérative du ménisque interne du genou droit associée à un kyste para-méniscal d'environ 4 millimètres et à un kyste articulaire de 24 millimètres le 4 janvier 2021. L'expert a ensuite répondu comme suit au questionnaire de l'intimée :

“6.3 Est-ce que M. K.\_\_\_\_\_ a subi une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA ?

Je tiens à préciser que la mention « déchirures du ménisque » dans l'art. 6 al. 2 let. c LAA est tellement générale qu'elle peut porter à confusion.

Dans le cas de M. K.\_\_\_\_\_, le diagnostic radiologique (IRM) est d'emblée source d'erreur et de confusion lorsqu'il comporte le mot « déchirure » et surtout lorsqu'il est relayé par les différents intervenants.

On peut admettre que le traumatisme indirect subi au genou le 08.10.2019 - et malgré les différentes versions recueillies auprès de l'assuré - a eu pour conséquence un dérangement interne ayant rendu symptomatique une lésion méniscale dégénérative médiale préexistante. L'IRM du genou Droit effectuée à 8 jours de l'incident ne montre que des images d'une dégénérescence méniscale

médiale avec un kyste arthro-synovial de Baker rompu. Dès lors, l'effet de cet incident cesse au bout de 2 à 3 semaines au plus tard.

6.4 Dans l'affirmative, est-elle due, de manière prépondérante, soit à plus de 50%, à l'usure ou à une maladie ?

Comme je l'ai expliqué sous 6.3. L'incident du 08.10.2019 a rendu symptomatique une lésion à 100% due à une maladie dégénérative."

**b)** Dans ses déterminations du 8 juin 2023, le recourant a maintenu ses conclusions précédentes, étant d'avis que l'expertise précitée ne parvenait pas à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en quoi une lésion méniscale dégénérative était préexistante à l'événement d'octobre 2019 et que ce dernier aurait provoqué simplement un dérangement. Il estimait en outre que l'expertise précitée n'établissait pas en quoi l'événement du 8 octobre 2019 n'était pas en lien de causalité avec ses douleurs ; selon le recourant, il était notoire qu'il n'avait jamais fait état de lésion dégénérative avant l'incident en question ; toujours selon lui, les rapports des Drs F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ d'août et septembre 2020 faisaient explicitement état d'un lien de causalité entre l'événement et les lésions survenues, et en aucun cas d'un état maladif préexistant.

**c)** Le 26 juin 2023, la CNA a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, en faisant siennes les conclusions de l'expert U.\_\_\_\_\_, estimant qu'il était établi que l'incident du 8 octobre 2019 avait rendu symptomatique une lésion « à 100 % due à une maladie dégénérative », laquelle n'était pas en lien de causalité avec « l'accident ».

## **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition

n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**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 a pour objet la question de savoir si l'événement du 8 octobre 2019 relève d'un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ou, à défaut, d'une lésion assimilée à un accident en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA. Il convient ensuite de déterminer si la lésion est due, de manière prépondérante, à une maladie dégénérative.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances 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.

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). 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; 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). 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).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 cet événement 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'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. Savoir si l'événement 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 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 91 p. 922). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références).

**d)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**b)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012

du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

**5. a)** En l'occurrence, les versions fournies par le recourant sur le déroulement de l'incident dont il a été victime le 8 octobre 2019 ont fluctué au fil du temps. En effet, il ressort de la déclaration de sinistre LAA complétée le jour même qu'« en descendant les escaliers, le pied a glissé et la jambe s'est tordu », déclaration au demeurant corroborée par les rapports médicaux au dossier et qui a été également rapportée par l'assuré lors de son entrevue téléphonique du 20 décembre 2019 avec une collaboratrice de la CNA [...].

En revanche, lors de son entretien ultérieur du 11 mars 2020, l'assuré a déclaré que « Vers 11.00-12.00, il descendait un escalier métallique et il a posé le pied un peu trop en avant de la marche. Son pied a alors glissé sur le nez de marche et est venu taper sur la marche suivante. Il a alors ressenti une violente douleur dans le genou droit. Vu l'importance de la douleur, il s'est accroupi et s'est pris le genou avec les 2 mains. Comme il était encore mobilisable, il a pu continuer gentiment son cheminement. Dans les heures suivantes, le genou avait gonflé et ressemblait plus à un ballon qu'autre chose ». Enfin, dans le cadre de son opposition des 27 juillet et 13 octobre 2020, il a précisé qu'il était tombé dans les escaliers en portant deux panneaux en chêne et s'être tordu le genou droit.

Or, en présence de versions différentes et contradictoires d'un état de fait, 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 »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

On s'en tiendra dès lors aux premières explications fournies par l'assuré sur le déroulement de l'événement du 8 octobre 2019. Dans ces circonstances, l'incident qui a entraîné l'atteinte à la santé ne relève pas d'un accident au sens de la LPGA, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

**b)** En l'absence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 s. ; TF 8C\_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1).

**6. a)** Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées 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 Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung *in* SZS/RSAS 2017, pp. 26 s., 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 ; ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C\_322/2021 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

**b)** En l'espèce, l'assureur-accidents a admis que le recourant présentait une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6

al. 2 let. c LAA. La CNA estime toutefois que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure. Son évaluation repose sur l'appréciation médicale du 16 octobre 2020 de la Dre H.\_\_\_\_\_. La médecin-conseil s'est exprimée sur les avis divergents des Drs F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ d'août et septembre 2020. Sur la base du protocole de l'opération du 11 août 2020, la Dre H.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait « indéniablement des signes dégénératifs et d'usure au niveau du genou D, sous la forme d'une chondropathie touchant deux compartiments, soit fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne, de stigmates d'une rupture du kyste de Baker et d'une atteinte du ménisque interne avec lésion méniscale complexe mais essentiellement horizontale ».

Au vu des avis médicaux divergents au dossier quant au caractère prépondérant des lésions dégénératives, une expertise judiciaire a été confiée au Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Il y a lieu de constater que le rapport d'expertise judiciaire du 24 avril 2023 du Dr U.\_\_\_\_\_ est probant. En effet, il comporte une anamnèse complète, est le fruit d'un examen spécialisé *lege artis*, fait état de considérations dûment documentées et d'observations, claires et complètes, qui ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation.

Il convient donc de retenir, avec l'expert judiciaire, que l'incident du 8 octobre 2019 a décompensé une lésion entièrement due à une maladie dégénérative et que cette décompensation a cessé son effet au bout de deux à trois semaines au plus tard.

Le simple avis divergent du recourant ne change rien. A cet égard, il convient de rappeler que le seul fait que celui-ci ait été complètement asymptotique avant son traumatisme ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un quelconque accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

**c)** Compte tenu du rapport d'expertise du Dr U.\_\_\_\_\_, l'intimée était fondée à retenir que les atteintes persistantes à la santé du recourant n'étaient pas en relation de causalité naturelle, au degré de probabilité requis (cf. consid. 4a supra) avec l'incident du 8 octobre 2019 ; en effet, passé un délai de deux à trois semaines (décompensation), la lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA est due, de manière prépondérante, à l'usure.

**7. a)** S'avérant fondée, la décision attaquée doit être confirmée, et le recours rejeté en conséquence.

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

**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 5 janvier 2021 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.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Unia Vaud (pour K. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :