

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Durussel, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseuse
Greffière : Mme Girod

Cause pendante entre :

W. _____, à C. _____ (France), recourant,

et

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

Art. 58 al. 2 et 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 et 36 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français né en 19[...] et domicilié à C._____ (France), travaillait en qualité de grutier pour la société de location de services Z._____ (ci-après : l'employeur), sise à [...]. A ce titre, il était obligatoirement 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 3 août 2020, alors qu'il travaillait sur un chantier à M._____ (N._____), il perdit l'équilibre en déchargeant un camion et a sauté de celui-ci pour éviter de chuter sur le dos, se blessant au genou gauche en se réceptionnant sur le sol de caillasse. En dépit de la vive douleur immédiatement ressentie et de difficultés dans la mobilisation de son genou, il a continué sa semaine de travail. Au terme de celle-ci, il s'est rendu à la consultation de l'Hôpital de M._____, où lui a été remis un certificat médical attestant une incapacité de travail totale du 7 au 11 août 2020. Selon un rapport médical du 8 août 2020 transmis à la CNA le 3 septembre 2020 par l'hôpital précité, les médecins ont posé le diagnostic de myalgie/tendinite du biceps fémoral gauche et prescrit un traitement médicamenteux anti-inflammatoire. L'assuré a regagné son domicile en région [...] le dimanche 9 août 2020.

Par déclaration de sinistre du 25 août 2020, l'employeur, dont il ressort du dossier qu'il avait mis fin à la mission temporaire de l'assuré, a annoncé le cas à la CNA. Celle-ci a pris l'évènement en charge et garanti à l'assuré le paiement de prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 3 août 2020, sous forme de versement d'indemnités journalières et de la prise en charge du traitement (cf. courrier du 13 novembre 2020). La CNA a ultérieurement confirmé autoriser l'assuré à conserver le bénéfice des prestations en nature en France (cf. courrier du 27 novembre 2020).

L'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 7 août au 25 octobre 2020 (cf. notice d'entretien téléphonique du 12 novembre 2020), puis dès le 17 novembre 2020.

Le 22 septembre 2020, l'assuré a rempli le questionnaire médical de la CNA, dans lequel il a notamment indiqué n'avoir ni présenté d'antécédent médical au niveau du genou ni subi de traitement ou d'incapacité de travail de ce fait. Étaient notamment joints à son envoi un bon d'hospitalisation en vue d'une arthroscopie du genou gauche prévue le 6 octobre 2020 ainsi qu'un rapport d'IRM du 16 septembre 2020 émanant de l'Hôpital E._____, concluant à l'existence d'une chondropathie trochléenne et d'une fissure verticale oblique près du mur de la corne postérieure du ménisque médial, mais à l'absence d'anomalie du ménisque latéral.

Par courriel du 12 octobre 2020, l'assuré a transmis à la CNA le rapport médical intermédiaire établi le 11 octobre 2020 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, faisant état d'une lésion méniscale du genou gauche non influencée par des antécédents médicaux. Ce praticien estimait qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance du problème au terme d'un traitement d'une durée de deux à trois mois. Était également jointe une ordonnance du 7 octobre 2020 par laquelle le Dr T._____ prescrivait une rééducation du genou gauche par un kinésithérapeute, en raison d'une lésion méniscale dégénérative peu gênante.

L'assuré a ultérieurement adressé à la CNA de nouveaux arrêts de travail et une ordonnance du 8 décembre 2021 établie par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, relative à une arthro-tomodensitométrie du genou gauche en vue d'un bilan ménisco-ligamentaire et cartilagineux ainsi que d'une infiltration.

En réponse à ces envois, la CNA a confirmé à l'assuré la prise en charge des suites de la nouvelle incapacité de travail par courriel du 11 décembre 2020.

Le 16 décembre 2020, l'assuré a transmis à la CNA le bilan de l'IRM du 10 décembre 2020, faisant état d'une fissure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne sans luxation du ménisque, d'une chondropathie fémoro-tibiale interne minime de grade I, d'une chondropathie de grade II de la gorge de la trochlée avec une géode de 6 mm, d'une chondropathie de grade I de la facette externe de la patella ainsi que d'une lame d'épanchement articulaire. Il a également communiqué le rapport de l'arthroscanner du genou gauche qu'il avait passé le 14 décembre 2020, concluant à l'existence d'une chondropathie condylienne bilatérale et tibiale latérale, d'une méniscocalcose avec calcifications cartilagineuses, compatibles avec une chondrocalcinose articulaire, ainsi que d'un kyste poplité de faible volume, sans corps étranger intra-articulaire.

Selon un rapport médical relatif à une scintigraphie osseuse dynamique et tardive du 14 janvier 2021, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie évolutive du genou gauche. Le praticien avait découvert sur la tomographie une zone hyperfixante de la trochlée gauche, laquelle pouvait correspondre à une lésion purement chondrale à ce niveau sur un os, en rapport avec une chondropathie préexistante, ainsi qu'un œdème osseux.

Le 2 avril 2021, le Dr V. _____ a établi un rapport médical selon lequel l'examen au scanner avait objectivé une distance entre la tubérosité antérieure et la gorge trochléenne de 10,5 cm ainsi qu'une possible chondrocalcinose. Une IRM avait mis en évidence des lésions identiques, avec une chondropathie fémoro-patellaire et une lésion de la corne postérieure du ménisque médial moindre qu'à la précédente IRM. L'examen clinique était identique avec une douleur très localisée au niveau fibulaire et un œdème en regard. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale, mais l'assuré devait être vu par un orthopédiste pour effectuer une infiltration de plasma riche en plaquettes et allait être probablement suivi par un rhumatologue par la suite.

Par courriel du 12 avril 2021, l'assuré a annoncé à la CNA souffrir du genou droit. Aux termes d'un rapport d'IRM de la même date, l'examen n'a pas mis en évidence de lésion méniscale ou ligamentaire, mais a objectivé des épanchements intra-articulaires abondants ainsi qu'une possible désinsertion aponévrotique à la jonction myotendineuse du muscle gastrocnémien latéral. A la faveur d'une consultation du 15 avril 2021, le Dr V._____ n'a pas émis d'indication chirurgicale pour le genou droit, les douleurs d'origine musculaire devant s'estomper progressivement. Ce spécialiste a prescrit une attelle de genou et des séances de kinésithérapie à visée antalgique.

Dans un nouveau rapport médical du 22 mai 2021, le Dr V._____ a indiqué qu'une méniscectomie partielle du ménisque médial gauche allait se dérouler le 4 juin 2021, une IRM du mois de mars ayant confirmé une lésion dégénérative instable de grade III de la corne postérieure du ménisque médial, sans signe d'arthrose. Selon un autre rapport de la même date, ce spécialiste a rappelé que de nombreuses infiltrations, dont une de plasma riche en plaquettes, avaient été effectuées en raison de la méniscopathie interne symptomatique mise en évidence par IRM à la suite de l'accident de travail « à l'origine d'une gonalgie gauche ».

Selon une note du 2 juin 2021 rédigée par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, le protocole opératoire lié à l'arthroscopie allait peut-être permettre de clarifier le diagnostic, qui changeait d'une consultation à une autre.

Par courrier du même jour, la CNA a informé l'assuré qu'elle émettait des réserves sur l'intégralité des prestations dès le 5 juin 2021, au vu de l'intervention prévue à cette date.

L'assuré a adressé à la CNA, par courriel du 6 juin 2021, divers documents établis par le Dr V._____, dont un certificat médical du 4 juin 2021 attestant une incapacité de travail totale jusqu'au 5 juillet 2021, ainsi que diverses prescriptions et factures en lien avec l'intervention

chirurgicale (séances de kinésithérapie, soins infirmiers à domicile, analyses sanguines, moyens auxiliaires et traitement médicamenteux). Il ressort en outre ce qui suit du compte-rendu opératoire du 4 juin 2021 adressé à la CNA par courriel du 11 juin 2021 :

« **RESUME CLINIQUE :**

Lésion dégénérative corne postérieure ménisque médial,

INTERVENTION :

**MENISCECTOMIE CORNE POSTERIEURE DU MENISQUE MEDIAL
+ SYNOVECTOMIE INTERIEURE**

[...]

Synovectomie antérieure.

Exploration fémoro patellaire.

On note des dépôts de cristaux modérés au niveau de la gorge trochléenne.

Exploration fémoro-tibiale externe : Pas de lésion méniscale.

On note une chondropathie de stade I au niveau du cartilage tibial (cartilage mou).

Au niveau interne, on note une lésion focale de chondrocalcinose au niveau de la face médiale du condylome médial.

On note une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial au palpateur.

Ablation de l'ensemble de la lésion méniscale jusqu'à la corne postérieure du ménisque médial.

[...] ».

Après avoir pris connaissance du compte-rendu opératoire précité, le Dr F. _____ s'est déterminé le 14 juin 2021 en ces termes :

« L'accident n'a fait que rendre douloureux un état antérieur asymptomatique selon l'assuré (ménisque interne dégénératif, chondropathie et chondrocalcinose). Il n'a entraîné aucune lésion qu'on puisse directement lui rapporter. Dans ce genre de situation, on admet qu'il ne déploie plus d'effets après 6 mois au maximum. Dans la mesure où l'intervention de juin a permis de clarifier la situation, on pourrait éventuellement la prendre en charge mais sans en assumer les suites ».

Par décision du 22 juin 2021, se fondant sur l'évaluation de son médecin d'arrondissement, la CNA a clos le cas au 5 juin 2021 et mis fin aux prestations d'assurance à cette même date, estimant qu'il n'existait plus de lien de causalité naturelle entre les atteintes à la santé et l'évènement du 3 août 2020, au plus tard six mois après la survenance de celui-ci. La CNA a en outre rappelé qu'elle avait pris en charge les frais

de l'intervention du 4 juin 2021, bien que celle-ci n'ait pas porté sur les séquelles de l'accident selon l'avis médical précité.

L'assuré a formé opposition à cette décision par courrier du 29 juin 2021, concluant à sa reconsidération, ce d'autant plus qu'il était en incapacité de travail et en plein traitement des suites de son intervention chirurgicale. Il a en substance contesté le caractère dégénératif prépondérant de son atteinte, alléguant qu'il était très actif et sportif et ne souffrait d'aucun souci de santé avant son accident. En outre, les derniers examens avaient mis en évidence une inflammation. Il a au surplus fait valoir que son cas devait être pris en charge au titre de lésion assimilée à un accident. Enfin, il a souligné que cet accident avait anéanti sa vie, le privant de toute activité professionnelle, sportive et familiale ainsi que du goût de vivre. Il a joint à son opposition un certificat médical du 19 juin 2021 établi par le Dr V._____, à la teneur suivante :

« Je [...] certifie que Monsieur W._____ [...] était asymptomatique au préalable, depuis cet accident il présente une gonalgie gauche. L'ensemble des bilans d'imageries confirme une lésion méniscale dégénérative probablement aggravée par l'accident, qui est donc à l'origine de cette symptomatologie qui a entraîné un geste chirurgical il y a trois semaines avec une ménissectomie partielle. Je remets ce certificat à Monsieur W._____ pour l'aider dans ses démarches.
[...] ».

Le 1^{er} juillet 2021, le Dr F._____ a communiqué à la CNA son appréciation médicale du dossier de l'assuré, dont il ressort notamment ce qui suit :

« [...] »

Comme je l'ai déjà dit, l'accident n'a fait que rendre douloureux un état antérieur, asymptomatique selon l'assuré, en l'espèce un ménisque interne dégénératif, associé à une chondropathie, dont la gravité est diversement appréciée selon les radiologues, et à une chondrocalcinose.

Il n'a entraîné aucune lésion qu'on puisse directement lui rapporter comme un "flap" méniscal qui serait venu bloquer l'articulation.

Lors de la 1^{ère} consultation auprès du Dr V._____, le patient se plaignait de douleurs externes et l'examen clinique laissait penser que c'était la chondropathie trochléenne qui était responsable des douleurs.

Dans ce genre de situation, on admet habituellement que l'accident ne déploie plus d'effet après 6 mois au maximum.

[...]

Dans son opposition, l'assuré se borne à dire qu'il allait parfaitement bien avant l'accident et relève qu'il souffre d'une lésion ressortant de l'art. 6.2 LAA.

Si on examine l'affaire sous cet angle, ce que la jurisprudence n'impose pas, on doit effectivement considérer qu'il y a bien une lésion méniscale mais il apparaît qu'elle est due de manière prépondérante à l'usure.

Le certificat médical, produit par l'assuré dans le cadre de son opposition, ne fait que confirmer cela mais n'apporte pas la preuve que l'événement du 03.08.2020 aurait aggravé la situation de manière déterminante puisqu'il n'a entraîné aucune lésion supplémentaire qu'on puisse directement lui rapporter.

C'est donc à juste titre que la Suva a limité ses prestations dans le temps ».

Par décision sur opposition du 6 juillet 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision querellée, motif pris de l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 3 août 2020 et les atteintes à la santé du recourant au-delà du 4 juin 2021. Reprenant en substance la motivation de la décision précitée et s'appuyant sur la dernière évaluation du Dr F._____, la CNA a rappelé que le seul fait que l'assuré ne souffrait pas du genou gauche avant l'accident ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Le défaut de ce lien excluait l'application de l'art. 6 al. 2 LAA, qui n'avait de surcroît pas vocation à s'appliquer en cas d'accident au sens juridique. A défaut d'élément mettant en doute l'avis du médecin d'arrondissement, la décision querellée devait être confirmée.

B. Par acte reçu le 2 août 2021 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, W._____ a formé recours à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge par l'intimée. Contestant la décision sur opposition litigieuse en ce qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins, le recourant a en substance repris son argumentation sur opposition. Il a notamment produit

à l'appui de son recours le rapport de l'IRM du genou gauche réalisée le 25 mars 2021, retenant le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire minime avec petites encoches de la gorge trochléenne et réaction osseuse sous-chondrale, respect du versant patellaire et absence d'anomalie ménisco-ligamentaire.

Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2021, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a conclu au rejet du recours. Elle a en substance repris la motivation de sa décision sur opposition, fondée sur l'appréciation médicale du Dr F._____. Les conclusions de celui-ci avaient été confirmées dans le cadre de la procédure de recours par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Était jointe à son mémoire l'appréciation médicale rendue le 20 septembre 2021 par le Dr H._____, lequel relevait que les documents produits dans le cadre du recours ne remettaient pas en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement et ne faisaient état d'aucun élément nouveau contredisant celle-ci.

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). 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). Le tribunal compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2, première phrase, LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, lors de la survenance de l'évènement du 3 août 2020, le recourant était employé par une société dont le siège est à [...]. Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD et art. 58 al. 2 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le recourant, ressortissant français domicilié en France, sollicite des prestations d'assurance sociale en lien avec un accident survenu en août 2020, alors qu'il était employé en Suisse. Compte tenu de ces éléments d'extranéité, le présent litige est soumis à l'Accord du 12 juin 1999 sur la libre circulation des personnes entre la Communauté européenne et ses Etats membres d'une part, et la Suisse d'autre part (RS 0.142.112.681) et au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur pour la Suisse le 1^{er} avril 2012 (RS 0.831.109.268.1 ; ci-après : le règlement (CE) n° 883/2004 ; cf. art. 2 par. 1 et 3 par. 1 let. f du règlement (CE) n° 883/2004).

b) Il n'est pas contesté que le recourant était assuré en Suisse au moment de l'accident et que l'intimée est compétente pour lui allouer des prestations en espèces conformément au droit suisse (art. 21 par. 1 et 36 par. 3 du règlement (CE) n° 883/2004). Les prestations en nature (traitement) lui sont servies en France, à titre d'entraide, par un organisme français, conformément à la législation française, pour le compte de l'intimée (art. 36 par. 2 du règlement (CE) n° 883/2004). Il appartient dans ce contexte à l'autorité compétente (la CNA) de se prononcer sur le principe même de la prise en charge d'une atteinte à la santé, conformément à la législation qu'elle applique, et, cas échéant, de

délivrer une attestation de prise en charge à l'intention de l'institution d'entraide dans l'Etat de résidence (cf. art. 24 et 33 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale).

3. La décision du 22 juin 2021, confirmée sur opposition le 6 juillet 2021, indique que l'intimée met fin aux prestations d'assurance dès le 5 juin 2021. En réalité, l'intimée a accepté de prendre en charge le traitement prodigué en France jusqu'au 22 juin 2021, comme cela ressort de la dernière attestation qu'elle a délivrée à l'intention des autorités françaises (pièce 128 du dossier de l'intimée). Le litige porte donc sur le droit à des indemnités journalières postérieurement au 5 juin 2021 et à la prise en charge du traitement postérieurement au 22 juin 2021.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).]

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins et les remboursements de frais (au sens des art. 10 ss LAA) ainsi que les indemnités journalières (au sens des art. 16 ss LAA) 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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

5. a) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

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. 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'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

6. a) L'intimée a mis fin à ses prestations au motif qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident subi par le recourant et les atteintes à sa santé persistant postérieurement au 5 juin 2021.

Elle se fonde sur l'évaluation médicale du 1^{er} juillet 2021 de son médecin d'arrondissement. A l'appui de son appréciation, le Dr F._____ a résumé l'intégralité des rapports médicaux figurant au dossier du recourant, dont il a également pu consulter personnellement les images d'IRM et d'arthroscanner réalisées dès le mois de septembre 2020, hormis le rapport d'IRM du 25 mars 2021. Selon son évaluation, les diagnostics retenus sont ceux de chondropathie trochléenne et fissure verticale oblique près du mur de la corne postérieure du ménisque interne (rapport d'IRM du 16 septembre 2020), de fissure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que de légère chondropathie du compartiment fémoro-tibial interne et du compartiment fémoro-patellaire (rapport d'IRM du 10 décembre 2020), de chondropathie un peu diffuse du genou gauche et chondrocalcinose (rapport d'arthroscanner du 14 décembre 2020) et de lésion dégénérative instable de grade III de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, pour laquelle l'indication à une arthroscopie a finalement été retenue, « sans garantie qu'elle résolve le problème, en présence de lésions dégénératives un peu diffuses du genou G [gauche] et d'une chondrocalcinose, chez un patient qui évoquait des épanchements récidivants, typiques de cette affection ». L'intervention chirurgicale du 4 juin 2021 a permis de mettre en évidence une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne et confirmé une chondrocalcinose (compte-rendu opératoire du 4 juin 2021). Le Dr F._____ a relevé l'absence de toute lésion pouvant être

directement rapportée à l'accident du 3 août 2020 et rappelé que l'examen clinique mis en œuvre lors de la première consultation auprès du Dr V. _____ laissait penser que la chondropathie trochléenne était responsable des douleurs rapportées par le recourant. En cas de tableau clinique similaire, il était admis que l'accident ne déployait plus d'effet après six mois au maximum. Enfin, le Dr F. _____ s'est prononcé sur le certificat médical produit par le recourant dans le cadre de son opposition, relevant que celui-ci ne démontrait pas que l'accident avait aggravé la situation de manière déterminante.

Les conclusions du Dr F. _____ ont été confirmées dans le cadre de la procédure de recours par le Dr H. _____, lequel a également eu accès à l'intégralité du dossier du recourant. Ce second praticien de la médecine des assurances a en outre examiné les documents médicaux produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure, comprenant le rapport d'IRM du 25 mars 2021 manquant jusqu'alors. Dans son évaluation du 20 septembre 2021, le praticien relève que ce rapport d'IRM complémentaire met également en évidence une lésion dégénérative, sans pour autant objectiver d'atteinte supplémentaire résultant de l'accident du 3 août 2020.

Ces deux évaluations médicales ont été réalisées dans les règles de l'art (cf. consid. 5 ci-dessus et les références citées). Leurs motivations et conclusions sont probantes, elles ne présentent aucune contradiction et il n'existe aucun motif de s'en écarter. Dès lors qu'il n'y a aucun doute, même minime, sur la fiabilité de leurs constatations, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires, la Cour de céans étant en mesure de se prononcer en pleine connaissance de cause.

En particulier, aucun rapport médical au dossier ne met en évidence un indice en faveur d'une lésion d'origine accidentelle, à l'exception du fait que l'assuré ne ressentait pas de douleur avant l'accident. Ce seul indice est insuffisant, car il ferait entièrement reposer l'admission du lien de causalité sur un raisonnement de type « *post hoc, ergo propter hoc* », ce que la jurisprudence constante n'admet pas

(cf. consid. 4b ci-dessus et les références citées). Le Dr V._____ estime, certes, que l'accident a probablement aggravé les lésions dégénératives, mais ne donne aucune indication sur ce qui justifie cette appréciation. Ne comprenant pas d'anamnèse et dépourvu de conclusions bien motivées, son rapport est insuffisamment probant, sur ce point, pour remettre en cause l'appréciation des Drs F._____ et H._____.

Enfin, il y a lieu de constater qu'aucun élément médical au dossier ne remet en cause, ou même ne se prononce, sur la fixation du *statu quo sine* - c'est-à-dire le moment où l'état du genou correspond à celui dans lequel il aurait de toute façon été sans l'accident par suite d'un développement ordinaire - au plus tard six mois après la survenance de l'accident. Les conclusions concordantes de ces deux médecins, fondées sur la règle de l'expérience, ne sont pas davantage contredites sur ce point. Il peut leur être conféré pleine force probante.

b) Compte tenu de ce qui précède, il convient donc de tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident n'est pas à l'origine des lésions pour lesquelles l'assuré a été opéré le 4 juin 2021 et des atteintes à la santé qui ont persisté par la suite. Partant, il convient de constater l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes dont souffrait encore le recourant postérieurement au 5 juin 2021.

c) L'intimée a accepté de prendre en charge les frais médicaux en France jusqu'au 22 juin 2021, par l'intervention de l'institution d'entraide française. Compte tenu du *statu quo sine* fixé au plus tard six mois après la survenance de l'accident, l'on peut se demander si l'intimée n'aurait pas également pu refuser cette prise en charge, à l'égard de laquelle elle avait au demeurant formellement émis des réserves. Cette question peut néanmoins rester ouverte, dans la mesure où il convient en tout état de cause de renoncer à une *reformatio in pejus* de la décision litigieuse sur ce point, au vu de la situation difficile dans laquelle se trouve manifestement le recourant et de l'implication d'une institution d'assurance étrangère dans le paiement de ces prestations.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 6 juillet 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 :

La greffière :

Du

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

- W. _____,
- 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).

La greffière :