

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2023

Composition : M. NEU, président
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à **A.**_____, recourant, représenté par Me Tatiana Bouras,
avocate à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, travaillait depuis le 1^{er} mai 2020 en qualité d'aide-monteur électricien pour le compte de B._____ Sàrl. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 9 avril 2021, G._____ s'est tordu le genou droit en descendant d'un escabeau.

Le lendemain, l'assuré s'est rendu au Service des urgences de l'Hôpital R._____ en raison de douleurs à la face interne du genou droit. Les examens réalisés ont conclu à un aspect normal, sans déformation osseuse ; il n'y avait pas de douleurs à la palpation des structures osseuses ni à celle du ligament latéral interne ; le tiroir antérieur et postérieur était négatif, de même que le Grinding Test Appley et le signe du glaçon ; il n'y avait pas non plus d'hyperlaxité ni d'impotence fonctionnelle. Quant aux radiographies, elles n'avaient pas révélé de fracture. Le traitement consistait en la mise en place d'une attelle et d'un traitement antalgique (rapport du 12 avril 2021). L'assuré a été mis à l'arrêt de travail jusqu'au 23 avril 2021.

Compte tenu de la persistance de gonalgies, l'assuré a consulté la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, laquelle a fait procéder à une IRM du genou droit. Pratiqué le 29 avril 2021, cet examen a mis en évidence une lésion de grade 3 avec une déchirure du segment intermédiaire du ménisque interne se prolongeant jusqu'à la corne postérieure où s'associaient très probablement un kyste méniscal secondaire ainsi qu'une périméniscite ; le ligament latéral interne présentait une entorse de grade 1 avec une infiltration oedémateuse profonde et superficielle se prolongeant à la face antéro-interne du genou, tandis que le ligament croisé antérieur revêtait

un aspect de possible distorsion partielle ; il n'y avait pas de lésion cartilagineuse (compte-rendu d'IRM du genou droit du 29 avril 2021).

Le 26 mai 2021, l'assuré s'est vu signifier son licenciement pour le 31 octobre 2021.

Après avoir attesté d'une nouvelle incapacité totale de travail dès le 8 juin 2021, la Dre I. _____ a, dans un rapport du 26 août 2021, indiqué que l'évolution était défavorable jusqu'à ce jour en dépit d'un traitement symptomatique. En revanche, le pronostic était bon au vu de l'atteinte radiologique et de l'examen clinique.

Invité à se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'incapacité de travail ayant débuté le 8 juin 2021 et l'événement du 9 avril 2021, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a relevé qu'une entorse moyenne du genou guérissait en six semaines chez un travailleur manuel. Dans le cas de l'assuré, il estimait que l'événement incriminé avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 22 mai 2021. Les troubles actuels ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail n'étaient donc pas imputables à l'événement du 9 avril 2021 mais à des atteintes préexistantes (rapport du 22 septembre 2021).

Par décision du 22 septembre 2021, la CNA a expliqué que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident du 9 avril 2021 pouvait être considéré comme atteint depuis le 22 mai 2021 au plus tard et que les troubles qui persistaient actuellement n'étaient donc plus en lien avec cet événement. Aussi a-t-elle mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 22 mai 2021.

Par courrier du 25 octobre 2021, l'assuré s'est opposé à la décision du 22 septembre 2021. Il faisait valoir que c'était à tort que le Dr J. _____ n'avait retenu qu'une entorse moyenne du genou susceptible de guérir en six semaines. En effet, il ressortait de l'IRM du 29 avril 2021 qu'il

présentait au contraire une lésion de grade 3 avec déchirure du segment intermédiaire du ménisque interne, une possible distorsion partielle du ligament croisé antérieur et une entorse de grade 1 du ligament latéral interne avec infiltration oedémateuse profonde et superficielle se prolongeant à la face antéro-interne du genou. En outre, aucun élément n'avait permis d'établir que l'atteinte à la santé était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. A cela s'ajoutait que le Dr J. _____ n'avait jamais examiné l'assuré. Au vu de ces éléments, l'assuré a demandé la prise en charge du cas jusqu'à guérison complète.

Dans un rapport du 26 octobre 2021 écrit à l'intention de la Dre I. _____ et adressé en copie à la CNA, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déchirure post-traumatique du ménisque interne droit, laquelle nécessitait une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie du genou droit avec débridement et résection subtotale au niveau de la corne postérieure du ménisque interne réalisée le 18 novembre 2021.

Le 18 novembre 2021, le Dr J. _____ a procédé à l'appréciation du cas puis a conclu en ces termes son rapport du 22 novembre 2021 :

« Cet assuré de 52 ans, installateur-électricien, glisse de son escabeau de deux marches et se tord son genou droit.

Il est vu le lendemain à l'Hôpital R. _____ où l'on diagnostique une entorse légère du ligament latéral interne. Il n'est pas retrouvé d'épanchement du genou ni d'instabilité de ce dernier.

Le 29 avril 2021, IRM du genou qui mentionne une entorse bénigne du ligament latéral interne et des lésions dégénératives en particulier une lésion de grade III du ménisque interne avec probablement un kyste méniscal associé.

Pour ces raisons, le 22 septembre 2021, le médecin d'arrondissement retient une entorse moyenne du genou droit (continuité conservée) et que celle-ci guérit en six semaines chez un travailleur manuel.

Le 25 octobre 2021, l'assuré est vu par le Dr X. _____, qui confirme que nous avons à faire à un genou stable et que son examen clinique et l'IRM du 29 avril 2021 montrent une lésion du ménisque

interne. Il envisage également une intervention chirurgicale au niveau de ce genou.

On constate dans ce rapport que le Dr X. _____ décrit uniquement une déchirure du ménisque interne en ne mentionnant pas à quel type de déchirure méniscale nous avons à faire, alors que nous avons un rapport d'IRM du genou qui décrit très bien ce type de lésion dégénérative méniscale. En effet, les lésions méniscales dégénératives (LMD) sont fréquentes, souvent asymptomatiques et considérées comme une pré-arthrose chez un patient de plus de 35 ans. Ces lésions sont bien connues et leur prise en charge codifiée comme l'atteste par exemple l'article du Dr Julien Billières (*Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ? Revue médicale suisse 2017 ; 13 : 20173-6*).

En conclusion, les différents rapports à notre disposition ont montré une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit et une lésion dégénérative avancée de grade III du ménisque interne qui n'est pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 10 avril 2021.

C'est pour cette raison que les conclusions du médecin d'arrondissement du 22 septembre 2021 sont maintenues ».

Par décision sur opposition du 15 février 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu que ce dernier n'avait apporté aucun élément d'ordre médical susceptible de remettre en cause l'appréciation du Dr J. _____. En effet, l'argumentation du Dr X. _____ reposait sur le seul fait que des symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance de l'accident, ce qui ne suffisait pas à fonder un rapport de causalité naturelle avec celui-ci. Au demeurant, le fait que le Dr J. _____ s'était prononcé sans avoir examiné l'assuré n'était pas de nature à discréditer son appréciation, dans la mesure où celle-ci se fondait sur plusieurs rapports médicaux établis ensuite d'un examen personnel. Partant, la CNA pouvait s'en tenir à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, selon lequel l'accident du 9 avril 2021 avait décompensé un état dégénératif préexistant et, sur cette base, nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet événement et les troubles persistants au-delà du 22 mai 2021.

B. **a)** Par acte du 16 mars 2022, G. _____, représenté par Me Tatiana Bouras, avocate, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision sur opposition du 15 février 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens,

principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de lui verser toutes prestations légales en lien avec l'accident du 9 avril 2021 postérieurement au 21 mai 2021, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire concernant la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement du 9 avril 2021 et ses suites immédiates, encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction.

Dans un premier moyen, l'assuré s'en est pris à la valeur probante de l'appréciation du Dr J._____ telle qu'exprimée dans ses avis des 22 septembre et 22 novembre 2021. A cet égard, il a fait valoir que, au vu des résultats de l'IRM du 29 avril 2021, ce médecin ne pouvait se contenter de qualifier de dégénératives les lésions présentées en raison du seul âge et sans procéder à un examen personnel. Il ne s'était par ailleurs pas prononcé sur la possibilité que les lésions en question aient été causées par l'accident du 9 avril 2021. Il fallait dès lors admettre que l'appréciation du Dr J._____ était incomplète, ce qui justifiait, en présence de deux avis médicaux opposés, de retenir le point de vue du Dr X._____ puisque ce médecin avait régulièrement suivi l'assuré ou, à défaut, de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de trancher entre ces deux avis.

Dans un second moyen, l'assuré a critiqué la suppression des prestations servies au 22 mai 2021. D'après lui, les troubles auxquels il était encore confronté étaient en lien avec l'accident du 9 avril 2021. Il s'est ainsi prévalu d'un arrêt rendu le 7 avril 2020 en la cause AA 4/18 - 42/2020, dans lequel la Cour de céans avait admis l'existence d'un lien de causalité entre un accident et une rupture méniscale à laquelle étaient associés des troubles dégénératifs. Or, en l'espèce, l'IRM du 29 avril 2021 ne faisait mention d'aucune lésion cartilagineuse dans les compartiments interne, externe et fémoro-patellaire. De même, le protocole opératoire du 18 novembre 2021 constatait l'absence de lésion cartilagineuse dans le compartiment supra-patellaire, tout en mettant en évidence une lésion du cartilage non significative ainsi qu'une chondropathie légère de degré I dans le compartiment interne. On ne pouvait donc que constater que les

indices pour conclure à une lésion dégénérative, c'est-à-dire une atteinte au cartilage, n'étaient pas présents au jour de l'accident. La CNA ne pouvait ainsi retenir, sur la base du seul âge de l'assuré et de la présence fréquente d'atteintes dégénératives dans sa catégorie d'âge, l'absence de lien de causalité entre la déchirure du ménisque et l'événement accidentel du 9 avril 2021. Ce faisant, elle s'était fondée sur des données statistiques abstraites plutôt que sur les éléments médicaux concrets figurant au dossier.

b) Dans sa réponse du 20 avril 2022, la CNA a tout d'abord expliqué en quoi, contrairement à l'argumentation de l'assuré, le compte-rendu d'IRM du 29 avril 2021 faisait état de lésions dégénératives, en particulier d'une lésion de grade III du ménisque interne. Or le Dr X. _____ décrivait uniquement une déchirure du ménisque interne en ne mentionnant pas le type de déchirure méniscale, alors que le rapport d'IRM décrivait bien ce type de lésion dégénérative méniscale. Par ailleurs, le fait que le Dr X. _____ ait employé les termes « lésion méniscale post-traumatique » ou « déchirure post-traumatique ménisque interne droit » n'était pas relevant car l'utilisation du terme « post-traumatique » n'était pas forcément synonyme d'une atteinte en lien de causalité avec un traumatisme. Quant à la jurisprudence de la Cour de céans (cause AA 4/18 - 42/2020), elle n'était pas transposable au cas d'espèce car elle reposait sur un état de fait différent (chute à skis), quand bien même elle concernait également une lésion méniscale. Dans ces conditions, il convenait d'admettre que l'appréciation du Dr J. _____ revêtait une pleine valeur probante et que la CNA était ainsi légitimée à mettre fin aux prestations d'assurance au 22 mai 2021 pour les suites de l'accident du 9 avril 2021, les troubles persistants relevant d'un état dégénératif. Partant, elle a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 12 mai 2022, l'assuré a souligné que, suivant les pièces prises en considération, le dossier comportait une description différente de l'accident du 9 avril 2021, ce qui aurait dû conduire le Dr J. _____ à procéder à un examen personnel afin d'éclaircir les circonstances dans lesquelles il s'était déroulé. Cela étant, l'atteinte au genou présentée était très proche de la lésion subie par le skieur dans la

cause AA 4/18 - 42/2020, ce qui autorisait selon l'assuré d'appliquer à son cas le raisonnement tenu par la Cour de céans dans cette affaire. Il a ensuite affirmé que le compte-rendu d'IRM du 29 avril 2021 n'avait à aucun moment qualifié la lésion subie de dégénérative. A cet égard, il s'est référé à un article publié sur le site internet medicalforum.ch par Raphaël Kaelin selon lequel les lésions méniscales dégénératives étaient associées à des lésions cartilagineuses. Or il ne présentait, selon le rapport d'IRM du 29 avril 2021, aucune atteinte à son cartilage au moment de l'accident. Il fallait dès lors admettre que la qualification de lésion dégénérative reposait sur des considérations statistiques abstraites (forme de la lésion, âge) à l'exclusion d'éléments concrets, puisque le Dr J._____ n'avait jamais examiné le recourant. Aussi, dans l'hypothèse où l'appréciation du Dr X._____ ne devait pas suffire pour établir le lien de causalité entre l'accident litigieux et l'atteinte à la santé présentée, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise. Il a pour le surplus confirmé intégralement les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

d) Dupliquant le 3 juin 2022, la CNA a exposé que le Dr J._____ s'était prononcé sur la base de la déclaration d'accident du 1^{er} mai 2021 ainsi que des différents rapports à sa disposition. Aussi, en prétextant deux descriptions différentes de l'accident, l'assuré ne faisait que procéder à sa propre interprétation de l'écriture du 20 avril 2022. De plus, c'était à tort qu'il persistait à se référer à la cause AA 4/18 - 42/2020 car il ne pouvait se rattacher uniquement à la lésion méniscale et écarter les circonstances de l'accident, respectivement le mécanisme du traumatisme. Par ailleurs, en soutenant que l'IRM du 29 avril 2021 ne faisait état d'aucune lésion dégénérative, il opposait sa propre appréciation à celle du médecin d'assurance, lequel s'était pourtant prononcé en pleine connaissance du dossier. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr J._____, lesquelles n'étaient pas contredites par d'autres avis médicaux postérieurs, ce qui rendait inopportune la mise en œuvre d'une expertise. Partant, la CNA a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

e) Par pli du 30 juin 2022, l'assuré a renvoyé aux explications contenues dans ses précédentes écritures, dont il a déclaré confirmer les conclusions.

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 porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée du traitement médical de son genou droit et à des indemnités journalières pour la période postérieure au 22 mai 2021, en lien avec l'événement du 9 avril 2021.

3. 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 réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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).

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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

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. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de déchirures du ménisque, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans l'arrêt publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites

de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait 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 ss ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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).

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 bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; 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 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'occurrence, il ressort des éléments au dossier, en particulier de la déclaration d'accident du 1^{er} mai 2021 que, le 19 [recte : 9] avril 2021, en montant sur une échelle pour fixer une lampe, le recourant a glissé puis est tombé de l'échelle, ce qui a entraîné une luxation au genou droit. Un tel événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que l'intimée ne conteste pas. Dès lors, la question du versement des prestations doit être examinée, contrairement à ce que soutient le recourant, à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. considérant 4 *supra*).

b) Estimant que l'accident du 9 avril 2021 avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard à la date du 22 mai 2021, l'intimée a mis un terme au versement de ses prestations à cette date. Elle s'est fondée à cet égard sur l'avis du Dr J._____ selon lequel cet accident avait entraîné une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit, laquelle guérissait en six semaines chez un travailleur manuel. Ainsi, les troubles persistants ayant entraîné une nouvelle incapacité totale de travail dès le 8 juin 2021 n'étaient pas dus à l'événement accidentel mais étaient bien plutôt imputables à des atteintes préexistantes.

c) Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr J._____, laquelle constitue une synthèse objective de la situation médicale, corrélée par les documents d'imagerie.

aa) En particulier, l'IRM du genou droit du 29 avril 2021 a mis en évidence une lésion de grade 3 avec une déchirure du segment intermédiaire du ménisque interne se prolongeant jusqu'à la corne postérieure où s'associaient très probablement un kyste méniscal secondaire ainsi qu'une périméniscite ; le ligament latéral interne présentait une entorse de grade 1 avec une infiltration oedémateuse profonde et superficielle se prolongeant à la face antéro-interne du genou, tandis que le ligament croisé antérieur revêtait un aspect de possible distorsion partielle ; il n'y avait pas de lésion cartilagineuse. A cela s'ajoutait que l'accident du 9 avril 2021 n'avait entraîné aucune atteinte structurelle (pas de fracture ou de déformation osseuse, pas de douleurs à la palpation des structures osseuses ni d'impotence fonctionnelle). L'examen pratiqué le lendemain de l'accident à l'Hôpital R._____ n'avait pas non plus retrouvé d'épanchement du genou ni d'instabilité de ce dernier.

bb) Sur la base de ces éléments, le Dr J._____ a considéré, d'une part, que l'accident du 9 avril 2021 n'avait entraîné qu'une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit qui guérissait en six semaines chez un travailleur manuel et, d'autre part, que les rapports à sa disposition avaient mis en évidence une lésion dégénérative avancée de grade III du ménisque interne, laquelle n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement accidentel litigieux puisqu'il s'agissait d'une lésion préexistante.

d) Quoi qu'en dise le recourant, on doit convenir que le Dr J._____ a expliqué de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles il a considéré que les symptômes en relation avec l'accident du 9 avril 2021 ne perduraient pas au-delà d'un délai de six semaines. Par ailleurs, ce médecin a établi son rapport au terme d'une analyse attentive et exhaustive du dossier, en se penchant sur les documents d'imagerie y figurant et en s'appuyant sur les connaissances tirées de son expérience

confrontées à celles relatées dans la littérature médicale appropriée. Le grief tiré de l'absence d'un examen personnel par un médecin de la CNA doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une appréciation médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'évaluations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d ; TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4) ; or, cette condition est remplie par tous les autres rapports médicaux figurant au dossier.

e) Dans ce contexte, le rapport du Dr X. _____ du 26 octobre 2021 n'a pas la portée que lui attribue le recourant. Ainsi, ce médecin a confirmé que le genou droit était stable même si, comme l'IRM du 29 avril 2021, son examen clinique a mis en évidence une déchirure du ménisque interne. Lacunaire dans sa motivation, le fait de considérer que l'anamnèse était claire en présence d'un accident propre à avoir déclenché une situation douloureuse au niveau d'un genou qui ne l'était pas auparavant ne suffit pas à contredire le point de vue du Dr J. _____, quand bien même le Dr X. _____ estimait que les éléments cliniques en faveur d'une arthroscopie étaient réunis. On ne saurait par ailleurs retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base de ce seul élément pas plus que sur le fait que les douleurs sont apparues après l'accident et qu'elles n'ont pas entièrement disparu depuis lors malgré les traitements entrepris. Cela reviendrait à se fonder sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb et considérant 3b *supra*).

f) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr J. _____. Aucun rapport médical ne fait naître un doute sur le bien-fondé des éléments (absence d'atteinte structurelle, entorse bénigne du ligament latéral interne et lésion dégénérative avancée de grade III du ménisque interne) sur lesquels il a basé ses conclusions. A cela s'ajoute que le Dr X. _____ ne s'est à aucun moment exprimé sur le rapport du Dr J. _____ du 22 novembre 2021, plus particulièrement n'a indiqué pour quels motifs objectifs il aurait mal

évalué le *statu quo ante*. De surcroît, la littérature médicale dont se prévaut le recourant n'est pas pertinente dès lors qu'elle ne le concerne pas directement. Il en va de même de la cause AA 4/18 - 42/2020. Comme le relève en effet à juste titre l'intimée, les circonstances dans lesquelles l'accident s'était déroulé diffèrent de celles du cas présent (chute à skis *versus* chute d'un escabeau) de même que le mécanisme du traumatisme et le diagnostic retenu, à savoir une « rupture méniscale complexe à large composante horizontale de la corne postérieure du ménisque médial du genou droit ».

g) Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'atteinte à la santé du recourant n'était plus, au-delà du 22 mai 2021, en rapport de causalité avec l'accident du 9 avril 2021, de sorte que la caisse intimée était fondée à mettre un terme au versement de ses prestations à cette date.

7. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale.

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En

effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions du Dr J. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

9. 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 (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 février 2022 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 :

- Me Tatiana Bouras, avocate (pour G. _____),
- 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 :