

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2025

Composition : M. NEU, président
MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissant macédonien au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, travaillait depuis le 3 avril 2017 en qualité de coffreur pour le compte de la société X._____ Sàrl. A ce titre, il était assuré 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 10 avril 2017, l'assuré s'est blessé au genou gauche en tombant dans les escaliers.

La CNA a pris en charge le cas et versé les prestations légales dues (indemnités journalières et frais de traitement) pour les suites de l'événement annoncé (courrier du 4 mai 2017 à l'employeur).

Souffrant d'une désinsertion capsulo-méniscale postérieure du ménisque interne du genou gauche, l'assuré a fait l'objet, le 28 septembre 2017, d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie du genou gauche avec suture du ménisque interne, pratiquée par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les suites opératoires ont été qualifiées de simples et afébriles, l'intéressé ayant bénéficié d'une rééducation à la marche permettant un retour à domicile avec des cicatrices calmes. Le médecin opérateur a essentiellement préconisé un traitement antalgique et conservateur (lettre de sortie du 29 septembre 2017).

Par décision du 9 avril 2018, confirmée sur opposition le 30 mai 2018, la CNA a refusé après coup son obligation de prester au motif que la couverture d'assurance faisait défaut et réclamé à U._____ la restitution des prestations versées indûment à hauteur de 52'896 francs.

A la suite du recours formé le 27 juin 2018 par l'assuré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur

opposition du 30 mai 2018, une audience d'instruction a été tenue le 21 mars 2019 à l'issue de laquelle un délai de trente jours a été imparti à la CNA pour procéder au réexamen du cas à la lumière des éléments évoqués durant les débats.

Par courrier du 17 avril 2019, la CNA a déclaré qu'elle acquiesçait au recours, en ce sens qu'elle admettait la couverture d'assurance dans le cas d'espèce et que, partant, elle annulait la décision litigieuse et acceptait de reprendre le versement des prestations légales dues en faveur de l'assuré.

Par arrêt du 13 mai 2019 (cause AA 110/18 - 59/2019), la Cour de céans a prononcé la radiation de la cause du rôle, au motif que le recours était devenu sans objet.

b) A la demande du Dr F._____, médecin-conseil auprès de la CNA, le Dr C._____, médecin adjoint auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital K._____, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport du 16 mars 2020, ce médecin a indiqué que le bilan radio-clinique avait mis en évidence des douleurs de caractère neuropathique postéro-interne ainsi qu'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ; en revanche, les examens effectués avaient permis d'écartier l'existence d'une chondropathie dans l'interligne fémoro-tibial interne ou fémoro-patellaire.

Par la suite, l'assuré s'est à plusieurs reprises rendu à l'Hôpital K._____ pour des consultations ambulatoires motivées par la persistance de douleurs au genou gauche (rapports des 5 mai, 5 juin, 30 juillet, 1^{er} septembre, 20 octobre 2020 et 7 mai 2021).

Dans un courrier du 13 juillet 2021 à la CNA, la Dre D._____, cheffe de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital K._____, a avisé la CNA qu'elle avait procédé à l'examen de l'assuré le 6 juillet précédent. Au terme de sa consultation, cette médecin a estimé que le cas devait être considéré comme stabilisé et retenu les limitations fonctionnelles suivantes concernant toute activité

professionnelle : pas de montée d'échelle ni d'escabeau, pas de port de charges excédant 15 à 20 kg et pas de position à genoux ou accroupie.

Procédant à l'appréciation médicale du cas, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a jugé que la situation du genou gauche était stabilisée. Si des douleurs décrites comme limitantes persistaient, il n'en demeurerait pas moins que l'intéressé avait récupéré une bonne fonction articulaire. Aussi, l'état de cette articulation ne justifiait pas la reconnaissance d'une atteinte importante et définitive à l'intégrité corporelle. Pour le reste, le Dr J._____ a estimé que dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites par sa consoeur, l'exigibilité était entière sans diminution de rendement (rapport du 12 août 2021).

Par courrier du 27 décembre 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2022, au motif que les suites médicales de l'accident subi le 10 avril 2017 étaient stabilisées. Elle a annoncé qu'elle allait examiner si les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents étaient réunies.

Par décision du 12 mars 2022, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. En l'absence d'atteinte importante et durable à son intégrité, elle ne lui a pas non plus reconnu le droit à une indemnité équitable de ce chef.

Le 31 mars 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, en contestant la stabilisation de son état de santé en raison de douleurs persistantes.

Dans un rapport du 19 mai 2022 faisant suite à une consultation du 12 mai précédent, le Dr C._____ a indiqué avoir convenu avec son patient de la fin du traitement devant l'absence de bénéfices

obtenus lors des différentes prises en charge réalisées en antalgie. Ayant cependant évoqué l'éventualité d'une arthroscopie qui serait effectuée à des fins diagnostiques, ce médecin a pris acte du refus signifié par l'assuré au vu de l'absence de garanties de bénéfices d'une telle intervention et des complications survenues lors de la chirurgie de suture méniscale. Aux limitations fonctionnelles décrites antérieurement, il a ajouté l'absence de travail en station debout prolongée au-delà d'une heure. Il n'a pas fixé de nouveau rendez-vous.

Par décision sur opposition du 30 mai 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a confirmé que l'état de santé de l'intéressé devait être considéré comme stabilisé, si bien qu'il se justifiait de mettre un terme au versement des prestations de courte durée.

B. a) Par acte du 29 juin 2022, U._____, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat, a recouru devant la Cour de céans contre la décision sur opposition du 30 mai 2022, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, en ce sens que la CNA est tenue de reprendre le versement de ses prestations dès le 1^{er} janvier 2022 et à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % au minimum lui soit versée. Contestant la stabilisation de son genou gauche, l'assuré a indiqué qu'il souhaitait se soumettre à bref délai à une arthroscopie et qu'un rendez-vous était d'ores et déjà fixé à ce sujet avec le Dr C._____ (cf. courrier du Dr C._____ à l'assuré du 15 juin 2022). Aussi était-ce de manière prématurée que la CNA avait mis fin au versement de ses prestations et qu'elle avait statué « sur le droit à une rente d'invalidité ainsi que sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ». A titre de moyens de preuve, il a sollicité « [s]on audition par les juges du Tribunal cantonal » et la « mise en œuvre de débats publics ».

b) Dans sa réponse du 9 août 2022, la CNA a souligné que les Drs D._____ et J._____ retenaient tous deux une stabilisation du cas ainsi qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Quant au Dr C._____, il avait convenu avec son patient de mettre fin au traitement entrepris en l'absence de bénéfices obtenus lors des différentes prises en charge réalisées en

antalgie, confirmant pour le reste les limitations retenues par la Dre D. _____ en juillet 2021. S'agissant du courrier du Dr C. _____ du 15 juin 2022, les informations y figurant ne permettaient pas de prévoir une amélioration prévisible et notable de l'état de santé, justifiant la reprise du versement des prestations d'assurance. Partant, la CNA a conclu au rejet du recours.

c) A l'appui de sa réplique du 9 février 2023, l'assuré a produit un courrier du 19 janvier 2023, dans lequel le Dr C. _____ l'informait qu'une consultation auprès du Prof. N. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, serait organisée « pour évaluer les bénéfices potentiels d'une prise en charge à hauteur du nerf saphène interne ». Il fallait dès lors admettre que la situation du genou gauche n'était pas stabilisée. Aussi, l'assuré avait-il demandé à la CNA de reprendre le versement des indemnités journalières en sa faveur, requête à laquelle elle avait répondu « qu'elle restait dans l'attente de précisions concernant la réalisation de l'intervention du Service de chirurgie plastique de l'Hôpital K. _____, ses modalités ainsi que les effets attendus ».

d) Dupliquant en date du 20 février 2023, la CNA a souligné que la décision sur opposition du 30 mai 2022 définissait l'état de fait pertinent à prendre en considération dans le cadre de la présente procédure. Or ce n'était qu'après la décision litigieuse que l'assuré avait décidé de reprendre des consultations auprès du Dr C. _____ « pour réévaluer les options thérapeutiques » (cf. courrier du 15 juin 2022). Le fait d'avoir changé d'avis ne devait pas avoir pour effet d'influencer l'appréciation du Tribunal. Au demeurant, les nouvelles pièces produites (certificat du 15 juin 2022 et courrier du 19 janvier 2023) ne faisaient pas état d'une quelconque intervention concrète, qui plus est de nature à avoir une influence sur la capacité de travail. Ainsi, même en tenant compte des pièces produites en procédure judiciaire, il n'existait aucun motif de revenir sur la stabilisation de l'état de santé retenu dans la décision attaquée. La CNA a donc une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

e) Le 15 mars 2023, l'assuré a produit un rapport établi le 22 février 2023 à l'intention du médecin-conseil de la CNA par le Dr L._____, médecin assistant auprès du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital K._____. Ce médecin y posait le diagnostic de douleurs neuropathiques de la face interne du genou gauche à la suite de l'accident du 10 avril 2017. D'après ce médecin, il existait une probable compression cicatricielle de la branche infrapatellaire du nerf saphène consécutive à la suture de la corne postérieure du ménisque interne réalisée en septembre 2017 ; les décharges électriques ressenties sur la face antérieure du genou gauche étaient probablement d'origine neuropathique avec un bon potentiel d'amélioration par une neurolyse chirurgicale, laquelle devait prochainement être effectuée. L'assuré déduisait de ces éléments qu'il était inexact de prétendre qu'aucune intervention chirurgicale ayant un impact sur la capacité de travail n'était programmée, de même qu'il était inexact d'affirmer que la reprise des consultations auprès du Dr C._____ n'avait été décidée qu'après le prononcé de la décision dont est recours ; en effet, il s'était toujours efforcé de chercher à soulager les douleurs ressenties au genou gauche. Dans l'hypothèse où la CNA devait persister à contester que la neurolyse chirurgicale planifiée pourrait améliorer la capacité de travail, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique, tout en réitérant sa requête tendant à la tenue de débats publics.

f) Dans ses déterminations du 6 avril 2023, la CNA a relevé que de l'aveu même du Dr L._____, il n'y avait pas de solution s'agissant des douleurs au niveau du creux poplité. En revanche, ce médecin proposait la réalisation d'une neurolyse afin de soulager l'assuré lors de certaines activités à genoux. Autrement dit, même en réalisant la neurolyse, la lésion méniscale demeurerait inchangée et continuerait de gêner l'intéressé dans l'exercice d'une activité professionnelle. Or l'activité habituelle était inadaptée puisqu'il ne pourrait en principe toujours pas s'agenouiller. Du reste, le Dr C._____ avait réservé son pronostic quant à une récupération sur le plan neurologique. Aussi n'était-il pas rendu vraisemblable que la neurolyse proposée améliorerait la capacité de travail de l'assuré, qui plus est d'une manière sensible. Cela

étant, la CNA a indiqué avoir soumis le cas à l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Tout en confirmant, dans son rapport du 29 mars 2023, les conclusions de son prédécesseur quant aux limitations en matière de port de charges, de déplacement et de position à genoux, ce médecin estimait qu'une appréciation neurologique serait pertinente puisque la problématique relevée par le Dr L._____ (atteinte d'un nerf périphérique) était neurologique et non orthopédique. Or le Dr L._____ n'était pas spécialiste en neurologie, si bien qu'en l'absence d'un avis neurologique, le caractère causal de l'atteinte ainsi que son éventuel impact sur la capacité de travail n'étaient pas établis. La CNA en déduisait qu'il n'y avait donc pas lieu de modifier son appréciation de la situation, si bien qu'elle a derechef conclu au rejet du recours.

g) S'exprimant par pli du 3 mai 2023, l'assuré a souligné que ce n'était pas lui qui avait refusé l'arthroscopie exploratoire mais le Dr C._____ qui la lui avait déconseillée et qu'il avait malgré cela constamment cherché à améliorer les douleurs ressenties au genou gauche. La CNA lui faisait ainsi un procès d'intention en prétendant qu'il aurait changé d'avis et repris le suivi médical en raison de l'arrêt du versement des indemnités journalières. S'agissant de la neurolyse chirurgicale, le Dr L._____ avait évoqué un bon potentiel d'amélioration et, même s'il n'était pas spécialiste en neurologie, il s'était « constamment référé au Prof. N._____ ainsi qu'aux autres spécialistes du Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital K._____ ». L'assuré a déclaré confirmer les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

h) Le 12 décembre 2023, l'assuré a transmis le protocole de l'intervention chirurgicale réalisée le 9 novembre 2023 par les Drs N._____ et L._____, consistant en une « neurolyse branches infrapatellaires nerf saphène gauche ». Il a expliqué qu'il était en train de récupérer de cette opération et espérait que ses douleurs allaient s'amender par la suite. La situation du genou gauche n'était donc manifestement pas stabilisée et c'était de manière hâtive que la CNA avait

mis fin au versement de l'indemnité journalière et qu'elle avait statué sur le droit à une rente d'invalidité ainsi que sur celui à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

C. a) Du procès-verbal dressé à la suite de l'audience de débats publics tenue le 30 avril 2025, on extrait ce qui suit :

« S'agissant de la date de fin des prestations, le recourant déclare que, à la suite d'une neurolyse, cela va mieux, même si les douleurs subsistent.

M. Tena [représentant de la CNA, réd.] indique que, en présence de douleurs, il n'est pas en mesure de décider dans le cadre de cette audience d'une éventuelle reconsidération de la décision attaquée dans le sens d'une prise en charge des prestations pour la période de fin janvier 2022 au 9 novembre 2023 (soit une année et demie).

Le recourant confirme l'existence de bénéfices induits par les traitements réalisés par neurolyse en novembre 2023.

Concernant le certificat d'arrêt de travail établi jusqu'au 12 mai 2022, M. Tena relève qu'il a été établi postérieurement à la décision querellée.

M. Tena indique qu'il demandera au médecin d'arrondissement s'il est possible de poursuivre la prise en charge postérieurement au 31 janvier 2022. Il n'est pas en mesure de se prononcer sur ce point à ce stade.

La parole est donnée à Me Lehmann qui plaide, contestant la stabilisation de l'état de santé de son mandant et le fait qu'il n'y ait pas eu de traitement susceptible d'améliorer son état de santé. Tel a été le cas de la neurolyse qui a amélioré la situation, rapport soit au courrier de l'Hôpital K. _____ des 22 février et 14 novembre 2023. Il s'ensuit que la prise en charge de ce traitement doit être assumée par la CNA qui doit également poursuivre le versement des indemnités journalières au vu de l'incapacité de travail attestée médicalement.

La CNA n'exclut pas de reconsidérer la décision attaquée dans un délai de deux semaines.

Un délai au 15 mai 2025 est porté à l'agenda du tribunal pour ce faire, le recourant acceptant ce délai susceptible de mettre transactionnellement fin au litige.

A la demande de la CNA, le recourant produira dans les meilleurs délais un certificat médical attestant de son incapacité de travail postérieurement à l'intervention du 9 novembre 2023 (problématique de la rechute annoncée et prise en charge).

Le recourant produira également spontanément tout certificat utile à attester de son incapacité de travail durant la période litigieuse du 31 janvier 2022 au 9 novembre 2023 ».

b) Dans ses déterminations du 13 mai 2025, la CNA a indiqué ce qui suit :

« Préalablement, nous avons relevé deux erreurs dans le procès-verbal datant du 30 avril 2025. Ainsi, il est indiqué : « Concernant le certificat d'arrêt de travail établi jusqu'au 12 mai 2022, M. Tena relève qu'il a été établi postérieurement à la décision querellée ». Cependant, à cette occasion, il avait été constaté que ledit certificat était antérieur et non postérieur à la décision sur opposition du 30 mai 2022. En outre, dans le procès-verbal, il est aussi mentionné que « M. Tena indique qu'il demandera au médecin d'arrondissement s'il est possible de poursuivre le suivi médical postérieurement au 31 janvier 2022 ». Toutefois, nous avons spécifiquement indiqué que le délai de 15 jours était insuffisant pour nous permettre de consulter notre médecin d'assurance.

Ceci précisé, après réexamen complet du dossier, nous concluons que les éléments fournis par le recourant lors de l'audience du 30 avril 2025 ne permettent pas de réviser notre évaluation de la situation, notamment sous l'angle de la stabilisation de l'état de santé.

Nous tenons à expliquer nos motifs, étant précisé que, afin d'éviter d'inutiles redites, nous renvoyons à nos précédentes écritures, en particulier s'agissant de l'état de fait pertinent qui doit être pris en compte par le juge.

Nous n'allons revenir que sur le nouvel élément apporté par le recourant lors de cette audience, à savoir l'amélioration alléguée des douleurs suite à l'intervention du 14 novembre 2023. Bien que cette amélioration ait été alléguée, elle n'est pas prouvée. En effet, selon la jurisprudence et dans le contexte des prestations relevant du droit des assurances sociales, il est indispensable que les déclarations relatives à la douleur soient suffisamment expliquées par des résultats corrélés, constatés de manière concluante par un médecin spécialiste, faute de quoi il ne serait pas possible de garantir une évaluation juridiquement équitable des droits à la rente (ATF 130 V 352 consid. 2.2). Dans le présent cas, l'amélioration ne repose que sur les déclarations du recourant.

Au demeurant, il n'est pas démontré que cette amélioration aurait un impact notable sur la capacité de travail. Le Dr Q. _____, dans son évaluation du 3 avril 2021, prévoyait en effet que les limitations fonctionnelles ne seraient pas notablement changées suite à cette intervention. En d'autres termes, le fait que le recourant déclare aujourd'hui que ses douleurs sont plus faibles ne signifie pas que la clôture du cas décidée dans la décision litigieuse était erronée.

C'est dans ce contexte que nous tenons à attirer l'attention de la cour sur une situation similaire examinée par le Tribunal administratif du canton de Berne (Arrêt du TA BE 200.2020.495. LAA

du 25 juin 2021 ; cf. not. consid. 6). Dans cette affaire, la personne assurée avait, postérieurement à la décision sur opposition, porté l'argument qu'une intervention à son épaule était prévue. Cependant, à l'époque de la décision contestée, les opinions étaient, à l'instar du cas d'espèce, cohérentes quant à la présence d'un état de santé stabilisé, certes non de manière optimale. Quant à l'intervention prévue, la Suva l'avait prise en charge au titre de rechute. Nous estimons que la situation de fait d'espèce est tellement proche de celle examinée par cette cour cantonale bernoise qu'il n'est pas justifié que la Suva adopte une autre approche sur le plan juridique.

En conséquence, la Suva maintient sa position quant à la stabilisation du cas à partir du 31 janvier 2022 tout en rappelant que l'intervention du 14 novembre 2023 ainsi que ses suites sont déjà couvertes par la Suva au titre de rechute de l'accident du 10 avril 2017.

[Salutations] »

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de

recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le recours est dirigé contre la décision sur opposition du 30 mai 2022 – laquelle détermine l'objet de la contestation – par laquelle l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé et mis un terme au versement de ses prestations. Le litige porte ainsi sur la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2022 et de la prise en charge du traitement médical dès cette date en l'absence (alléguée par le recourant) de stabilisation de son état de santé. Il s'ensuit que la conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une « indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % au minimum » est irrecevable en tant qu'elle excède l'objet du litige.

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.

b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Par ailleurs, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite de l'accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

c) L'art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA précise que le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente. Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références citées).

4. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/22 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris

en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_253/2024 du 17 octobre 2024 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé au 31 janvier 2022 et se prévaut à cet égard des avis successifs de son médecin traitant (cf. rapports des Drs C._____ des 15 juin 2022 et 19 janvier 2023 et L._____ du 22 février 2023) en faisant valoir qu'une amélioration était encore possible.

b) Lors de l'audience du 30 avril 2025, le recourant a confirmé l'existence de bénéfices induits par les traitements réalisés par neurolyse en novembre 2023 (intervention du 9 novembre 2023), quand bien même des douleurs subsistaient. De son côté, tout en contestant, dans ses déterminations du 13 mai 2025, l'absence de stabilisation de l'état de santé du recourant, la CNA a rappelé avoir pris en charge l'opération du 9 novembre 2023 au titre de rechute de l'accident du 10 avril 2017.

c) Or on ne saurait retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le cas du recourant était stabilisé.

aa) La neurolyse des branches infrapatellaires du nerf saphène gauche réalisée le 9 novembre 2023 par les Drs N._____ et L._____ est manifestement en relation avec l'atteinte accidentelle, si bien qu'il ne s'agit ni d'une rechute ni de séquelles. En effet, le recourant n'a pas cessé de requérir la poursuite de ses traitements en poursuivant sans désespérer ses consultations auprès de divers médecins. Au moment où la décision litigieuse a été rendue, il souhaitait se soumettre à bref délai à une arthroscopie et un rendez-vous avait d'ores et déjà été fixé à ce sujet avec le Dr C._____ (cf. courrier du Dr C._____ à l'assuré du 15 juin 2022). De plus, dans un courrier du 19 janvier 2023, le Dr C._____ informait l'assuré qu'une consultation auprès du Prof. N._____ serait organisée « pour évaluer les bénéfices potentiels d'une prise en charge à hauteur du nerf saphène interne ». A la suite d'une consultation de chirurgie plastique du 19 janvier 2023, le Dr L._____ a indiqué que les décharges électriques ressenties par son patient sur la face antérieure

du genou étaient « probablement d'origine neuropathique avec un bon potentiel d'amélioration par une neurolyse chirurgicale » ; en revanche, aucun impact n'était à attendre s'agissant des douleurs plus profondes au niveau du creux poplité puisque celles-ci semblaient d'origine plutôt mécanique (courrier du 22 février 2023 au médecin-conseil de la CNA). Ces indications correspondent aux déclarations tenues par le recourant lors de l'audience du 30 avril 2025, selon lesquelles il avait constaté une amélioration à la suite de la neurolyse pratiquée en novembre 2023 même si des douleurs subsistaient. Pour cette raison, il s'est finalement résolu à consulter le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en sa qualité de praticien chevronné de la chirurgie robotique du genou.

bb) Les rapports mentionnés au considérant précédent ainsi que l'intervention chirurgicale du 9 novembre 2023 sont certes postérieurs à la décision sur opposition du 30 mai 2022. Néanmoins, ils ont trait à une situation prévalant déjà au moment où celle-ci a été rendue - étant précisé qu'il ne ressort pas du rapport du Dr C._____, du 19 mai 2022 un refus du recourant de se soumettre à une arthroscopie diagnostique, mais bien plutôt une réticence de sa part en raison de l'incertitude d'une éventuelle amélioration. Par conséquent, en application de la jurisprudence citée ci-avant (cf. considérant 4c *supra*) et nonobstant la jurisprudence citée par l'intimée dans ses déterminations du 13 mai 2025, il convient de tenir compte de ces rapports dans le cadre du présent examen, en tant qu'ils attestent de la volonté continue du recourant, exprimée dès avant le prononcé de la décision dont est recours, de bénéficier des soins les plus appropriés à son état.

cc) On ajoutera encore qu'il ressort du certificat médical établi le 17 mai 2022 par le Dr C._____, que le recourant a présenté une incapacité totale de travail jusqu'au 12 mai 2022 ensuite de l'accident du 10 avril 2017, si bien que la CNA n'était pas fondée à retenir que son état de santé était stabilisé au 31 janvier 2022.

d) Au final, il y a lieu de retenir, au regard des éléments qui précèdent, que le point de la vue de la CNA selon lequel l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 janvier 2022 était prématuré, dès lors que des traitements, à même de stabiliser davantage cet état, étaient encore discutés au moment où la décision litigieuse a été rendue.

6. En définitive, le recours doit être admis dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la prise en charge des traitements médicaux et le versement des indemnités journalières sont maintenus au-delà du 31 janvier 2022.

7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 30 avril 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige ainsi que d'un tarif horaire applicable de 250 fr., il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle le mandataire a droit à 4'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (cf. art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La décision sur opposition rendue le 30 mai 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que la prise en charge des traitements médicaux et le versement des indemnités journalières sont maintenus au-delà du 31 janvier 2022.
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à U._____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann, avocat (pour U._____),
- 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 :