

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Livet et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

D. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], est employé à 100% auprès de [...], à [...], en qualité de responsable des ressources humaines. À ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de D._____SA (ci-après : [...] ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 23 octobre 2020, D._____SA a été informée que l'assuré avait subi un accident le 1^{er} octobre 2020 à 12h30. En jouant au tennis, l'intéressé avait glissé et s'était blessé le genou droit, lequel présentait une inflammation. D._____SA a pris en charge les suites de cet événement.

Un premier examen médical a été effectué à deux mois de l'accident, le 7 décembre 2020, par le Dr Q._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, lequel a prescrit des séances de physiothérapie.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été réalisée le 14 décembre 2020. Dans son rapport médical du même jour, le Dr W._____, médecin spécialiste en radiologie, a diagnostiqué une gonarthrose intéressant plus particulièrement le compartiment externe et le compartiment fémoro-patellaire, prédominante à ce dernier niveau, une petite lésion du ménisque interne et un petit épanchement intra-articulaire. Il a en particulier observé, au niveau des structures osseuses et des cartilages, des remaniements dégénératifs tri-compartimentaux, en particulier dans les compartiments externe et fémoro-patellaire, avec des lésions ostéochondrales du condyle fémorale externe et de la rotule. Il n'y avait pas de lésion osseuse focale suspecte ni de fracture. Sur le plan ligamentaire, il n'y avait pas de tuméfaction ni d'anomalie de signal intra-ligamentaire. L'orientation des fibres était physiologique.

Le 10 février 2021, une demande de garantie pour une opération prévue le 2 mars 2021 a été adressée à D. _____ SA par la Clinique X. _____.

Par rapport médical du 24 février 2021, le Dr Q. _____ a diagnostiqué une instabilité antéro-postérieure de grade II affectant le genou droit, une déchirure du ménisque interne et externe, une souris articulaire et une arthrose fémoro-patellaire. Il a indiqué que lors de l'intervention prévue au début du mois de mars, une révision du genou et un bilan du ligament croisé antérieur étaient prévus.

D. _____ SA a soumis la question de la prise en charge de la chirurgie précitée à son service médical, lequel s'est déterminé le 26 février 2021 en ces termes : l'IRM du 14 décembre 2020 n'avait mis en évidence aucune lésion traumatique fraîche en lien de causalité probable avec l'événement accidentel. Il s'agissait d'un état dégénératif préexistant, à savoir une gonarthrose et une petite lésion du ménisque interne, probablement liée à l'état dégénératif. L'opération prévue consistait en une révision du genou droit et un bilan, ce qui démontrait également l'absence de lésion traumatique.

Par courriel du 1^{er} mars 2021, D. _____ SA a informé la Clinique X. _____ qu'elle refusait de prendre en charge l'intervention du 2 mars 2021.

Dans le protocole opératoire du 2 mars 2021, le Dr Q. _____ a constaté la présence d'une chondromalacie de grade II à III sur la rotule, de grade II à la trochlée et de grade I sur le plateau interne et externe. Le ligament croisé antérieur grêle était détendu. Il a confirmé les diagnostics figurant dans son rapport du 24 février 2021. L'intervention avait consisté en un testing du ligament croisé antérieur, une résection du ménisque interne et externe ainsi qu'un chondrolissage.

À la suite de cette opération, l'assuré a été en incapacité de travail à 100% jusqu'au 15 mars 2021, selon certificat établi le 2 mars

2021 par le
Dr Q._____.

Dans un questionnaire complété à l'attention de D._____SA le 10 mars 2021, l'assuré a précisé les circonstances de l'accident survenu le 1^{er} octobre 2020. Il disputait une partie de tennis, lorsqu'il avait glissé, ce qui était courant dans la pratique de ce sport. Cette fois son pied s'était bloqué sur le tapis, ce qui avait provoqué un blocage et un choc dans le genou droit, au niveau duquel il avait ressenti une douleur. Il pratiquait le tennis à raison d'une à deux fois par semaine depuis 2014. Il a répondu « non » à la question de savoir s'il avait déjà eu des douleurs et un traitement médical avant l'événement en question.

Par note interne du 19 avril 2021, le service médical de D._____SA a indiqué que le statu quo avait été atteint au 14 décembre 2020.

Par courrier du 27 avril 2021, suivant l'avis de son service médical, D._____SA a informé l'assuré que les prestations pour l'événement accidentel du 1^{er} octobre 2020 avaient pris fin au 14 décembre 2020.

Représenté par son assurance de protection juridique, l'assuré a contesté ce courrier et requis la reddition d'une décision formelle par courrier du 28 mai 2021.

Le dossier a été soumis à un médecin d'assurance de D._____SA, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. Son rapport du 25 juin 2021 était rédigé en ces termes :

« (...)

Actes principaux au dossier :

- 23.10.2020 L'assuré est annoncé pour un événement survenu le 01.10.2020 : en jouant au tennis, il a glissé et s'est blessé au genou gauche [recte : genou droit].

- 14.12.2020 Rapport radiologique : genou droit : l'IRM met en évidence des remaniements dégénératifs tricompartmentaux, plus particulièrement en fémoro-patellaire et en externe avec une lésion ostéocondrale du condyle externe et de la rotule. Celle-ci reste centrée. Il existe une déchirure à la jonction des cornes moyennes et postérieures du ménisque interne. Il n'y a pas de lésion ligamentaire.
- 24.02.2021 Rapport du Dr Q._____ : il est constaté une instabilité antéro-postérieure du genou droit, une déchirure méniscale interne et externe.
- 02.03.2021 Rapport opératoire du Dr Q._____. Arthroscopie du genou droit : il existe au niveau de la rotule une chondromalacie de grade II à III et de grade I sur le plateau tibial interne et sur le plateau tibial externe. Le ligament croisé antérieur est noté grêle, détendu. Il existe cliniquement une instabilité antéro-postérieure. Une reconstruction ligamentaire est envisagée si nécessaire. Sur le plan méniscal, il existe une déchirure du ménisque interne et ménisque externe qui vont nécessiter des résections partielles.

Discussion du cas :

Au vu du mécanisme comportant uniquement une glissade en jouant au tennis, sans description de phénomène de torsion, on doit conclure que le mécanisme n'est pas adéquat pour provoquer une lésion du ligament croisé antérieur. On relève par ailleurs sur l'IRM réalisée deux mois plus tard l'absence de contusion osseuse, fémorale et tibiale, séquellaire d'une lésion de passage, comme on le constate dans les lésions fraîches du ligament croisé antérieur. Les contusions osseuses persistent en moyenne six mois sur l'IRM. On retient sur le plan ligamentaire qu'il n'y a pas d'anomalie de signal intratendineuse, ni de tuméfaction sur l'examen en faveur d'une entorse récente du ligament croisé antérieur.

Au vu du rapport de son chirurgien traitant constatant un ligament croisé détendu, on doit retenir qu'il s'agit là d'un état antérieur, cicatriciel, d'une probable ancienne lésion partielle du croisé, avec une instabilité ligamentaire chronique séquellaire et qui a entraîné des lésions méniscales sur ce genou par hypersollicitation. On ne retient pas de lésion récente traumatique liée à cet événement récent.

En conclusion, on retient un traumatisme par instabilité pré existante sur ce genou en jouant au tennis le 01.10.2020. Trois mois après cet événement, on peut conclure que la contusion sur ce genou a cessé de déployer ses effets délétères et le statu quo sine est atteint le 02.01.2021. »

Par décision du 29 juin 2021, D._____ SA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations au 2 janvier 2021, au motif que l'opération du mois de mars ainsi que les suites qui en découlaient relevaient de l'assurance-maladie, puisqu'il était fait état de troubles maladiques dégénératifs.

Par courrier du 31 août 2021, l'assuré, représenté par son assurance de protection juridique, a formé opposition contre la décision précitée, concluant à son annulation et à la poursuite de la prise en charge des suites de l'accident au-delà du 2 janvier 2021. Il a fait valoir qu'aucun élément médical au dossier ne permettait d'établir qu'il avait présenté des troubles ou des symptômes au niveau du genou droit avant l'accident, ni d'état maladif antérieur, de sorte qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement du 1^{er} octobre 2020 et les lésions subies. À son écriture était joint un rapport médical du Dr Q. _____ du 24 août 2021 accompagné de neuf photos per-opératoires, répondant comme il suit aux questions posées :

- « 1. Quels étaient les troubles présentés par M. C. _____ à la suite de l'accident du 1^{er} octobre 2020 ?
Instabilité antéro-postérieure grade I à II genou droit + douleurs ménisque interne
2. Quels étaient les troubles présentés par M. C. _____ à la date du 2 janvier 2021 (début du statu quo retenu par l'assurance) ?
Cf. : rapport IRM : Lésion ménisque interne, opération le 02.03.2021
3. Quels sont les troubles présentés actuellement par M. C. _____ ?
Bonne évolution sur le plan des douleurs. Persistance d'une instabilité AP grade I
4. Les troubles au genou droit, postérieurs au 2 janvier 2021, découlent-ils des suites de l'accident du 1^{er} octobre 2020 ?
Oui
5. En cas de réponse affirmative à la question 4, je vous remercie d'indiquer les éléments médicaux qui attestent ce lien.
IRM
6. En cas de réponse affirmative à la question 4, ce lien de causalité atteint-il une vraisemblance prépondérante ?
Oui.
7. Les lésions mises en évidence par l'IRM du 14 décembre 2020 sont-elles la conséquence de l'accident du 1^{er} octobre 2020 ? Dans l'affirmative, je vous remercie d'indiquer les éléments médicaux fondant ce lien.
Oui, sauf l'affirmation d'une gonarthrose tri-compartimentale qui n'existe que sur ce rapport ! Les photos per-opératoires contredisent ce dernier
8. Les troubles présentés par M. C. _____ sont-ils de nature malade ?
Non
9. Partagez-vous la position émise par le Dr M. _____ ? Dans la négative, je vous remercie de bien vouloir indiquer les raisons qui font que vous ne partagez pas cette position.
Non je l'invite à voir les photos de l'arthroscopie et le protocole opératoire. Voir le protocole opératoire joint et les images.
10. Avez-vous d'autres remarques à formuler au sujet de ce cas ?
Non. »

Afin d'obtenir une deuxième appréciation médicale, l'ensemble du dossier médical ainsi que l'imagerie ont été soumis au Dr S._____, médecin d'assurance de D.______{SA} et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a établi un rapport médical le 28 janvier 2022. Ce médecin a soumis l'IRM au Dr Z._____, spécialiste en radiologie et expérimenté dans le domaine de l'appareil moteur. À l'examen de l'imagerie, le Dr Z._____ n'a observé aucune modification post-traumatique récente qui aurait été due à l'événement accidentel survenu le 1^{er} octobre 2020. Il existait des défauts ostéochondraux avec formation d'ostéophytes intra-cartilagineux, qui indiquaient un état antérieur chronique. Il n'y avait pas de preuve de rupture des ligaments croisés ou de déchirure du ménisque. Le Dr S._____ a pour sa part indiqué que l'IRM montrait de nettes altérations concernant principalement le cartilage, d'une part entre la cuisse et le bas de la jambe, d'autre part également derrière la rotule, de nature dégénérative, mais aucune altération post-traumatique récente. À dix semaines de l'accident, de telles altérations auraient dû être visibles, notamment sous la forme d'œdème de la moelle osseuse. Le ligament collatéral médial et latéral et les deux ligaments croisés présentaient un aspect normal. L'IRM ne montrait pas de déchirure méniscale, mais uniquement une altération intra-murale, donc dégénérative, de la corne postérieure médiale. Sur la base des photos per-opératoires, le Dr S._____ a relevé une petite lésion dégénérative au niveau de la corne postérieure latérale. Il a confirmé l'appréciation du Dr M._____ selon laquelle les lésions constatées étaient dues à un état dégénératif antérieur et non pas en corrélation avec l'évènement du 1^{er} octobre 2020, l'assuré n'ayant pas subi de traumatisme de l'articulation du genou droit lorsqu'il avait trébuché.

Dans un rapport médical du 22 juillet 2022, le Dr Q._____ a relevé que ses conclusions s'appuyaient sur l'analyse per-opératoire et clinique, alors que les conclusions du Dr S._____ ne reposaient que sur les images de l'IRM. Il a ajouté que toute personne sportive de plus de quarante ans allait présenter des troubles dégénératifs sur une IRM.

Par décision sur opposition du 29 août 2022, D._____SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 29 juin 2021. Elle a en substance retenu que l'appréciation du Dr Q._____, succincte et exempte d'explications, n'emportait pas conviction, contrairement à celle du Dr S._____. Ce médecin avait requis l'assistance d'un radiologue afin d'avoir un second avis et procédé à une analyse motivée et détaillée de la situation. Son appréciation était convaincante et démontrait objectivement l'absence de lésions fraîches, tout en mettant en évidence les éléments dégénératifs ayant mené à l'opération du 2 mars 2021.

B. Par acte du 27 septembre 2022, C._____, représenté par son conseil, a formé recours contre la décision sur opposition du 29 août 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision entreprise, à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 2 janvier 2021, notamment sous la forme de la prise en charge de la chirurgie du 2 mars 2021 ainsi que de l'allocation d'indemnités journalières durant l'arrêt de travail du 2 au 15 mars 2021, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause auprès de D._____SA pour nouvelle décision. Au titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Il a fait valoir que les appréciations des Drs M._____ et S._____ étaient peu circonstanciées et ne se fondaient que sur l'IRM du 14 décembre 2020, contrairement à celle du Dr Q._____, qui, basée sur l'ensemble du dossier, était claire et convaincante.

Dans sa réponse du 27 octobre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a produit son dossier, contenant notamment un rapport médical du Dr S._____ du 24 octobre 2022 : les images per-opératoires mettaient en évidence des lésions cartilagineuses de degré II à III au niveau de la rotule et de degré II au niveau du fémur distal, une lésion du ménisque latéral qui semblait dégénérative, une chondropathie de degré I à II au niveau du plateau tibial latéral et une dégénérescence du cartilage de

degré II à III au niveau de la zone rétro-patellaire. Le Dr S._____ a confirmé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 1^{er} octobre 2020. Il a retenu qu'il n'y avait pas de gonarthrose tri-compartmentale, contrairement à ce qu'avait diagnostiqué le radiologue à la lecture de l'IRM du 14 décembre 2020, les dégénérescences du cartilage au degré II à III étant surtout présentes derrière la rotule. Cette divergence s'expliquait par le fait que les radiologues qualifiaient de gonarthrose toute dégénérescence du cartilage, alors que les chirurgiens orthopédistes n'utilisaient ce terme que lorsque l'os commençait à réagir aux dégénérescences graves du cartilage. L'absence de gonarthrose ne modifiait pas son appréciation du lien de causalité. S'agissant de la lésion méniscale, il a expliqué que l'IRM permettait de soupçonner une atteinte de la partie arrière du ménisque externe, les images per-opératoires montrant clairement une lésion dégénérative de la corne postérieure latérale, de sorte que le geste chirurgical du Dr Q._____ était tout à fait indiqué.

Les parties ont maintenu leurs conclusions par écritures des 12 et 30 mai 2023.

Le dossier a été repris par le juge soussigné en octobre 2024.

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 des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 2 janvier 2021, singulièrement sur le lien de causalité entre l'événement accidentel subi et les atteintes ayant persisté au-delà de cette date.

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 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 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*). À 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 LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de fractures, déboîtements d'articulations, déchirures ou élongations de muscles, déchirures de tendon et lésions de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

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 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

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 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) À titre liminaire, il sied de relever que l'événement du 1^{er} octobre 2020 constituait un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il a été reconnu comme tel par le recourant et l'intimée, qui a pris en charge le cas. Dès lors, contrairement à ce que fait valoir le recourant, la question du droit à des prestations de l'assurance-accidents doit être examinée à la lumière de l'art. 6 al. 1 LAA, à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 *supra*).

b) Il est constant que l'accident du 1^{er} octobre 2022 a causé une contusion, qui a été prise en charge par l'intimée. En revanche, est litigieuse la question du lien de causalité entre cet événement accidentel et les atteintes au genou qui ont persisté au-delà du 2 janvier 2021. Pour nier l'existence de ce lien de causalité, D. _____ SA s'est fondée sur les avis de ses médecins d'assurance, à savoir le rapport médical du Dr M. _____ et les rapports du Dr S. _____. Le recourant se prévaut quant à lui de l'opinion du Dr Q. _____ qui a pratiqué l'intervention chirurgicale du 2 mars 2021.

On relèvera tout d'abord que les médecins d'assurance et le médecin traitant du recourant se rejoignent sur les diagnostics posés, consistant en une lésion méniscale (cf. rapport du Dr M. _____ du 25 juin 2021, _____ rapports _____ du Dr Q. _____ des 24 février, 2 mars et 24 août 2021, rapport du Dr

S._____ des 28 janvier et 24 octobre 2022, rapport du Dr W._____ du 14 décembre 2020), une instabilité ligamentaire antéro-postérieure (cf. rapport médical du Dr M._____ du 25 juin 2021, rapports du Dr Q._____ des 24 février, 2 mars et 24 août 2021) et des atteintes cartilagineuses (cf. rapport IRM du Dr W._____ du 14 décembre 2020 ; rapports du Dr Q._____ du 24 février 2021 ; rapport du Dr S._____ du 28 janvier 2022, confirmé par l'avis du Dr Z._____).

Cela étant, dans son appréciation médicale du 25 juin 2021, le Dr M._____ a relevé qu'aucune contusion osseuse du type de celles usuellement constatées dans des lésions fraîches du ligament croisé antérieur ne ressortait de l'IRM du 14 décembre 2020 réalisée deux mois plus tard, alors que de telles lésions restent visibles en moyenne six mois. Il a par ailleurs analysé le mécanisme de chute décrit par l'assuré, lequel, en l'absence de phénomène de torsion, n'était pas propre à provoquer une lésion du ligament croisé antérieur. Il a ainsi retenu une absence de lésion traumatique récente liée à l'accident. Le Dr M._____ a ensuite déterminé quelle était la cause des lésions constatées. L'état détendu du ligament croisé constaté par le chirurgien était dû à un état antérieur en lien avec une probable lésion ligamentaire partielle, à la suite de laquelle s'était installée une instabilité ligamentaire chronique ayant entraîné des lésions méniscales sur le genou par hyper-sollicitation. En présence d'une simple contusion causée par l'accident du 2 octobre 2020, il a estimé que trois mois après cet événement, c'est-à-dire au 2 janvier 2021, il pouvait être admis que le statu quo sine était atteint (cf. rapport de ce médecin du 25 juin 2021).

Dans ses rapports, le Dr S._____ a confirmé les conclusions du Dr M._____, en ce sens qu'il n'existait aucune trace d'altérations post-traumatiques récentes sur l'IRM du 14 décembre 2020, qui auraient dû être visibles à dix semaines après l'accident sous la forme d'œdème de la moelle osseuse. Pour ce médecin, toutes les lésions constatées étaient d'ordre dégénératif. Le Dr S._____ s'est par ailleurs déterminé sur les

images prises par le Dr Q._____ lors de l'intervention chirurgicale dont il ne ressort, d'après lui, que des atteintes dégénératives. Le Dr Z._____, dont il a requis l'opinion, a également confirmé qu'aucune modification post-traumatique récente ne résultait de l'IRM, mais qu'il en ressortait des altérations ostéochondrales, indiquant un état antérieur chronique.

Ainsi, trois médecins, dont deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, se sont prononcés en défaveur d'une origine traumatique des atteintes ayant nécessité l'opération du 2 mars 2021. Leurs conclusions sont claires et dûment motivées, en ce sens qu'ils ont non seulement décrit pour quelles raisons les lésions constatées n'étaient pas d'origine traumatique, mais également exposé quelle en était la cause. Elles ne contiennent en outre aucune contradiction. Contrairement à ce que soutient le recourant, leur analyse est fondée sur l'entier du dossier, comprenant notamment l'IRM du 14 décembre 2020 et les rapports du Dr Q._____, le Dr S._____ s'étant en outre expressément prononcé sur les photographies per-opératoires dans son rapport du 24 octobre 2022.

Le Dr Q._____ a remis en cause l'appréciation des Drs M._____, S._____ et Z._____. Il n'a cependant pas indiqué les raisons pour lesquelles les troubles présentés par l'assuré au genou droit découlaient selon lui de l'accident du 1^{er} octobre 2020, ni pourquoi aucune lésion traumatique ne ressortait de l'IRM. Il s'est contenté de répondre « oui » à la question de savoir s'il existait un lien de causalité entre les lésions présentées par le recourant et l'événement accidentel et « non » à celle concernant la possible nature pathologique des atteintes (cf. rapport de ce médecin du 24 août 2021). Il a aussi relevé que ses propres conclusions reposaient sur son analyse per-opératoire et clinique, critiquant les conclusions des autres médecins, considérant, à tort (cf. paragraphe ci-dessus) qu'elles étaient fondées uniquement sur les images d'IRM. Il semble ainsi avoir présenté un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, insuffisant pour jeter un doute, même minime, sur les conclusions des médecins d'assurance de l'intimée, qui ont recherché et établi l'étiologie des atteintes constatées.

c) Partant, en l'absence d'appréciation médicale permettant de susciter un doute quant aux conclusions des médecins d'assurance, c'est à juste titre que ceux-ci, suivis par l'intimée, ont retenu que l'événement accidentel du 1^{er} octobre 2020 avait cessé de déployer ses effets au 2 janvier 2021, c'est-à-dire trois mois après sa survenance.

7. Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision 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 au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 août 2022 par D. _____ SA 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 :

- Me Flore Primault (pour C. _____),
- D. _____ SA,
- 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 :