

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Wiedler, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

A. _____ **SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA**, à Zurich, intimée.

Art. 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} novembre 2020 comme agent de nettoyage pour le compte de la société [...] Sàrl à [...]; à ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès d'A._____ Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : l'A._____ ou l'intimée).

Le 28 mai 2021, l'assuré a glissé dans la cage d'escalier de son domicile (déclaration d'accident-bagatelle LAA du 10 septembre 2021). Lors de cet événement, il a ressenti une forte douleur au niveau externe du genou droit avec un craquement (rapport du 29 mai 2021 du Dr T._____, médecin assistant au Service des Urgences du CHUV).

Dans un rapport de consultation du 3 juin 2021, la Dre L._____, médecin au Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, a posé le diagnostic de « suspicion de récurrence de lésion du LLE (ligament latéral externe) +/- LCA (ligament croisé antérieur) genou D ».

Par rapport de consultation du 21 août 2021, le Dr J._____, médecin assistant à la Polyclinique médicale universitaire [...], a diagnostiqué une gonalgie droite chez un patient connu pour une rupture du LCA (ligament croisé antérieur) et déchirure du corps du ménisque externe.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit du 2 septembre 2021 a mis en évidence chez l'assuré une déchirure en anse de seau du ménisque interne, avec fragment méniscal luxé centralement, restant adhérent au ménisque, une déchirure complète du ligament croisé antérieur avec discontinuité des fibres supérieures et un épanchement articulaire et a permis d'exclure une lésion ostéo-cartilagineuse (rapport d'IRM du 2 septembre 2021 du Dr C._____, spécialiste en radiologie).

Par courriel du 28 septembre 2021, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'A._____, a indiqué que, selon les rapports médicaux à disposition, il retenait la survenue d'une ancienne lésion du ligament croisé antérieur déjà notée sur une IRM du 10 juillet 2018. Il existait également une lésion évoluée du cartilage du condyle médial. La nouvelle IRM réalisée au CHUV en lien avec l'incident du 28 mai 2021 avait mis en évidence un enfoncement modéré millimétrique du plateau tibial externe ce qui témoignait d'un nouvel épisode d'instabilité de ce genou dépourvu de pivot central stabilisateur. Le Dr M._____ retenait donc un état antérieur préexistant de ce genou, constitué par une ancienne lésion du ligament croisé antérieur, non opérée. A son avis, l'événement du mois de mai 2021 constituait un épisode d'instabilité avec une lésion de passage ; il s'agissait de l'aggravation temporaire de l'état antérieur. Selon le DrM._____, cet événement avait cessé de déployer ses effets délétères au bout de trois mois et le *statu quo sine* était ainsi atteint le 26 août 2021. Enfin, ce médecin indiquait qu'une ligamentoplastie envisagée le 29 septembre 2021 était la conséquence de l'entorse grave survenue en 2018 et à la charge de l'assureur-accidents de l'époque. En annexe à son appréciation du cas, le Dr M._____ a notamment joint les pièces médicales suivantes :

- un rapport des Drs A._____, médecin associé, et N._____, médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, d'IRM du genou droit du 10 juillet 2018 qui a révélé chez l'assuré une rupture partielle du ligament croisé antérieur (LCA) associée à une lésion également partielle du ligament collatéral latéral avec rupture de son insertion proximale et une chondropathie focale de grade IV au niveau du condyle médial et de la trochlée ;

- un rapport du 26 juin 2019 relatif à une IRM du genou droit réalisée le 21 juin 2019 par les Drs Z._____, médecin associé et Q._____, médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, concluant à une rupture complète du ligament croisé antérieur

(LCA) à sa portion crâniale et une contusion osseuse de la partie médiale du condyle fémoral latéral et du versant postérieur du plateau tibial latéral sans fracture décelée.

Par décision du 4 novembre 2021, l'A._____, sur la base de la prise de position de son médecin-conseil, a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint trois mois après l'événement accidentel du 28 mai 2021 et a fait part à l'assuré de la cessation du versement de ses prestations d'assurance à partir du 27 août 2021.

A l'appui de son opposition formée le 25 novembre 2021 contre cette décision, l'assuré a notamment produit un rapport du 18 novembre 2021 du DrG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Diagnostiquant une entorse du genou droit à plusieurs reprises avec la première en 2018 avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA) et déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une nouvelle entorse récente avec déchirure anse de seau et anse de seau luxée, ce médecin demandait à l'assurance-accidents de continuer à servir des prestations d'assurance à l'assuré qui ne percevait plus son salaire au vu de son incapacité de gain. Il était d'avis que cette incapacité n'était pas liée au premier accident mais qu'elle était due à la rupture méniscale de l'accident du mois de mai 2021.

Par décision sur opposition du 14 septembre 2022, l'A._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 4 novembre 2021.

Dans un rapport du 11 octobre 2022, le Dr G._____ a posé les diagnostics d'entorse du genou droit à plusieurs reprises avec la première en 2018 avec rupture du LCA (ligament croisé antérieur) et déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, de nouvelle entorse récente avec déchirure anse de seau et anse de seau luxée, le 26 (recte : 28) mai 2021 avec plastie du LCA au DT 4 Cage + résection anse de seau le 26 novembre 2021 et nouvelle arthroscopie pour résection d'un corps libre de type hématome organisé le 29 juillet 2022. Ce médecin a

notamment pris position sur le refus de prise en charge du cas par l'assurance-accidents comme il suit :

“[...] Je profite également de ce courrier pour réengager la procédure auprès d'A._____, qui nous a fait parvenir un refus de prise en charge entre temps, qui me paraît complètement incompréhensible. Ce patient, de 40 ans, en bonne santé, est travailleur de force. Il a certes été victime d'une première entorse avec une rupture du ligament croisé antérieur mais pour des raisons que je connais et d'un suivi effectué au CHUV, il n'a pas bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur. **Ceci était un choix médical au CHUV et n'est pas de son ressort.**

Il est ensuite victime d'une nouvelle torsion et d'une déchirure en anse de seau du ménisque, qui elle, nécessite par contre de facto une prise en charge chirurgicale. Ainsi, chez un patient de 40 ans avec un genou en assez bon état, on profitera de l'arthroscopie pour lui reconstruire son ligament croisé antérieur avec une chirurgie qui est maintenant absolument nécessaire.

Ces deux accidents sont liés et il ne fait absolument aucun doute que l'un et l'autre, des deux incidents qui a touché son genou, sont des accidents. Je comprends certes bien que l'assurance[-]accident[s] présente lors du 2^{ème} accident n'était pas l'assurance[-]accident[s] responsable du 1^{er} accident. Cependant, de balayer le dossier en disant que le 2^{ème} accident aurait dû être réglé en 3 mois est bien trop réducteur par rapport à l'ensemble du dossier. [...]”

B. Par acte du 11 octobre 2022 (timbre postal), F._____ a recouru contre la décision sur opposition du 14 septembre 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, indiquant qu'il s'opposait totalement à cette décision injuste pour lui en demandant un réexamen de son dossier.

Par ordonnance du 14 octobre 2022, le juge instructeur alors en charge du dossier a fixé au recourant un délai de dix jours pour préciser les motifs de son recours, en l'avertissant que sans réponse de sa part dans le délai imparti, son recours serait réputé retiré ou déclaré irrecevable.

Dans un complément de recours du 21 octobre 2022, le recourant a précisé ses moyens et conclusions, indiquant qu'il demandait que soit pris en compte le rapport établi par son médecin traitant où il

spécifiait que son cas n'avait rien à voir avec le problème qu'il avait eu en 2018.

Par réponse du 6 janvier 2023, l'A. _____ a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.

Une copie de cette écriture a été transmise au recourant le 9 janvier 2023, lequel a également eu la possibilité de consulter le dossier auprès du greffe du tribunal.

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 point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations des suites de l'événement du 28 mai 2021 avec effet au 26 août 2021, singulièrement si les troubles qui ont persisté au-delà de cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) En l'espèce, l'intimée n'a pas remis en cause le caractère accidentel de l'événement survenu le 28 mai 2021.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident

et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'assurance-accidents doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 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).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents requiert encore l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

b) 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 (TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 ; 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

leur 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).

c) Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le courriel de son médecin-conseil du 28 septembre 2021, selon lequel les documents médicaux au dossier permettaient de retenir la survenue d'une ancienne lésion du ligament croisé antérieur déjà notée sur l'IRM du 10 juillet 2018. Il existait également une lésion évoluée du cartilage du condyle médial. Le 28 mai 2021, l'assuré s'était annoncé pour avoir glissé à son domicile et un nouveau traumatisme de son genou droit était évoqué. Selon les consultations au CHUV, une nouvelle IRM du 2 septembre 2021 avait mis en évidence un enfoncement modéré millimétrique du plateau tibial externe ce qui témoignait d'un nouvel épisode d'instabilité de ce genou dépourvu de pivot central stabilisateur. Dans ces conditions, le médecin-conseil était d'avis de retenir un état antérieur préexistant, constitué par une ancienne lésion du ligament croisé antérieur, non opérée. A ses yeux, l'accident de la fin mai 2021 constituait un épisode d'instabilité avec une lésion de passage, si bien qu'il s'agissait de l'aggravation temporaire de l'état antérieur. Pour le Dr M._____, cet accident cessait de déployer ses effets délétères au bout de trois mois et le *statu quo sine* était atteint le 26 août 2021.

Le recourant quant à lui se prévaut de l'appréciation du Dr G._____, en particulier du 11 octobre 2022, selon laquelle il a certes été

victime d'une première entorse avec rupture du ligament croisé antérieur pour laquelle il n'a pas bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur dans le cadre du suivi effectué au CHUV. Il a ensuite toutefois subi une nouvelle torsion et une déchirure en anse de seau du ménisque qui, elle, nécessitait par contre *de facto* une prise en charge chirurgicale. Selon le Dr G._____, une arthroscopie pour la reconstruction du ligament croisé antérieur avec une chirurgie était désormais absolument nécessaire. A ses yeux, ces deux accidents étaient liés et le point de vue du médecin-conseil de l'intimée qui consistait à « balayer le dossier en disant que le 2^{ème} accident aurait dû être réglé en 3 mois » était bien trop réducteur au vu de l'ensemble du dossier.

En l'occurrence, il est exact que le recourant présente depuis 2018 une rupture partielle du ligament croisé antérieur associée à une lésion également partielle du ligament collatéral latéral avec rupture de son insertion proximale et une chondropathie focale de grade IV au niveau du condyle médial et de la trochlée (rapport d'IRM du genou droit du 10 juillet 2018 des Drs A._____, et N._____.). De même, il est établi que, selon l'IRM réalisée le 21 juin 2019 par les Drs Z._____, et Q._____, la rupture du ligament croisé antérieur était complète à sa portion crâniale.

Quant à l'IRM du genou droit réalisée le 2 septembre 2021 par le DrC._____, elle a mis en évidence ladite déchirure complète du ligament croisé antérieur avec discontinuité des fibres supérieures, un épanchement articulaire, ainsi qu'une déchirure en anse de seau du ménisque interne, avec fragment méniscal luxé centralement, restant adhérent au ménisque. Cette déchirure méniscale n'apparaissait toutefois pas sur les imageries antérieures.

S'il est ainsi admis que le recourant présentait à son genou droit une rupture du ligament antérieur croisé antérieure à l'événement du 28 mai 2021, tel n'est pas le cas de la déchirure en anse de seau du ménisque interne. Or, à cet égard, le Dr G._____ a bien relevé que cette déchirure en anse de seau nécessitait, elle, une prise en charge chirurgicale (rapport du 11 octobre 2022 du DrG._____, p. 2). Cet avis

diffère de celui émis par le médecin-conseil de l'intimée, qui ne voit dans l'événement du 28 mai 2021 qu'une aggravation temporaire de l'état de santé antérieur.

On notera encore que, dans son rapport de consultation du 21 août 2021, le Dr J._____ de la Policlinique médicale universitaire [...] n'a pas été en mesure de faire état de cette lésion en anse de seau, dès lors que cette atteinte a été mise en évidence à l'IRM du 2 septembre 2021, soit postérieurement à l'examen clinique du Dr J._____. Du reste, l'IRM du genou droit du mois de septembre 2021 est la première imagerie par résonance magnétique effectuée à la suite de l'incident du 28 mai 2021.

En l'état, il convient de retenir que même si le recourant présente un état préexistant à l'événement du 28 mai 2021, les éléments au dossier ne sont pas suffisants pour affirmer que trois mois après l'accident, son état de santé serait similaire à celui qui aurait été le sien sans l'accident du 28 mai 2021 par suite d'un développement ordinaire. L'avis du Dr G._____ selon lequel la déchirure en anse de seau du ménisque interne au genou droit du recourant mise en évidence à l'IRM du 2 septembre 2021 nécessite *de facto* une prise en charge chirurgicale laisse subsister des doutes sur la teneur de l'avis du médecin-conseil de l'intimée.

Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir recours à une expertise et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. consid. 5c supra).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui

prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En présence d'avis contradictoires au dossier, il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une expertise du recourant et de son dossier par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 26 août 2021 (TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4).

8. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 septembre 2022 par A. _____ Suisse Société d'Assurances SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- F. _____,
- A. _____ Suisse Société d'Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :