

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juillet 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant,

et

L._____, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1977, travaillait pour le compte de [...] (ci-après : l'employeur) en qualité d'aide-monteur de stores depuis le 18 février 2019. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels. Dans une déclaration d'accident du 15 juillet 2021, l'employeur a indiqué que le 5 juillet 2021, l'assuré était tombé d'une échelle lors d'une réparation de store et s'était réceptionné sur la main gauche. Son poignet était douloureux et le lendemain, il avait de la peine à le bouger. L'assuré présentait une contusion au poignet gauche. Ses médecins traitants ont attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 5 juillet 2021, par certificats médicaux successifs.

Par formulaire du 5 juillet 2021, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, œuvrant dans le cabinet [...] à [...], lui a prescrit neuf séances de physiothérapie, en indiquant les diagnostics d'entorse cervicale et de « trauma lombaire, épaule, coude et poignet g [gauche] ».

En juillet 2021, des examens radiologiques ont été effectués à la demande de plusieurs médecins du cabinet médical [...], à savoir les Drs I._____ et D._____, médecins praticiens, et le Dr C._____. Il en ressort ce qui suit :

- dans un rapport de radiographie du 5 juillet 2021 de la colonne cervicale et du poignet gauche, adressé au Dr C._____, le Dr U._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de fracture, après avoir précisé que l'indication à la radiographie était une chute d'une hauteur de 2,5 à 3 mètres ;
- dans un rapport de radiographie du 13 juillet 2021 du thorax de face et du gril costal gauche 2 obliques, adressé au Dr I._____, la Dre Q._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une image thoracique dans les limites de la norme pour l'âge, après avoir

précisé que la radiographie était effectuée en raison d'une chute d'une échelle et de douleurs intercostales gauches ;

- dans un rapport d'échographie du 27 juillet 2021 de l'épaule gauche adressé au Dr C._____, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésion significative de la coiffe des rotateurs et de distension de la bourse sous-acromiale après avoir précisé que l'indication à la réalisation de l'échographie était une « chute de sa hauteur ».

Par courrier du 6 août 2021, la CNA a fait savoir à l'assuré et à son employeur qu'elle prenait le cas en charge (indemnités journalières et traitement médical).

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche de l'assuré, du 6 septembre 2021, adressé au Dr D._____, le Dr [...] a conclu à une déchirure horizontale s'étendant dans la corne postérieure du ménisque interne avec kyste paraméniscal et petite fissure radiaire du bord libre.

Le 14 septembre 2021, le Dr C._____ a prescrit à l'assuré neuf séances de physiothérapie. Dans le bon de délégation, il a posé le diagnostic d'entorse au genou gauche avec méniscopathie interne.

L'assuré a été licencié avec effet au 30 novembre 2021.

A la demande la CNA, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré à la demande de son médecin traitant, a complété un rapport médical le 20 janvier 2022. Il y a indiqué qu'il avait réalisé une arthroscopie du genou le 17 décembre 2021 vu la déchirure du ménisque interne mise en évidence à l'IRM du 6 septembre 2021. Les suites opératoires étaient simples et l'arrêt de travail de l'assuré avait été reconduit jusqu'au 31 décembre 2021.

Par certificat médical du 2 février 2022, le Dr W._____ a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % du 2 au 11 février 2022. L'arrêt de travail a été prolongé jusqu'au 28 février 2022 par certificat du 11 février 2022 du Dr C._____, puis jusqu'au 16 mars 2022 par certificat du 23 février 2022 du Dr W._____.

Dans un rapport médical intermédiaire du 23 mars 2022 à la CNA, le Dr W._____ a exposé que l'évolution de la situation du genou gauche était moyenne, un processus inflammatoire étant toujours présent avec des douleurs et un épanchement. Le patient était toujours en traitement, notamment de physiothérapie, et la durée prévue de celui-ci était de trois à six mois. Le chirurgien estimait que la CNA devait intervenir auprès de l'entreprise afin de trouver un travail approprié et qu'il fallait s'attendre à des douleurs chroniques.

Dans un rapport initial LAA du 14 avril 2022 à la CNA, le Dr C._____ a indiqué que l'accident avait consisté en une chute d'une échelle d'environ 3,5 mètres de haut, avec réception surtout sur le genou gauche. Le Dr C._____ a précisé que les premiers soins avaient été donnés le 16 août 2021 au cabinet [...] à [...] : l'assuré avait d'abord été pris en charge par le Dr I._____, puis par lui-même et le Dr D._____. Le Dr C._____ a posé le diagnostic de contusion du genou gauche avec lésion du ménisque interne. Il constatait la présence d'un épanchement modéré, d'une limitation de la flexion et de la mobilité, ainsi que des douleurs. L'assuré était toujours incapable de travailler. Vu l'évolution défavorable de la situation du genou gauche, l'intéressé avait demandé un deuxième avis orthopédique.

Lors d'un entretien téléphonique du 20 avril 2022 avec la CNA, l'assuré a expliqué que son genou était encore enflé et douloureux et qu'il arrivait à marcher sans béquilles mais que son genou enflait au bout de 20 minutes. S'agissant du déroulement de l'accident, il a précisé que lors de la chute, il avait tapé la main gauche ainsi que le genou gauche ; la main avait enflé immédiatement, ce qui l'avait inquiété plus que les petites douleurs ressenties au genou gauche. Deux ou trois semaines après

l'accident, les douleurs au genou s'étaient accentuées et il en avait parlé à son médecin qui avait alors fait réaliser l'IRM du 6 septembre 2021, laquelle avait permis de découvrir les lésions au genou.

Dans un avis du 21 avril 2022, la Dre S._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a noté que les troubles au genou gauche n'étaient pas apparus immédiatement, le premier bon de physiothérapie ne contenant pas de notion de trauma du genou. Elle estimait qu'il fallait faire préciser à l'assuré les mécanismes de l'évènement, les symptômes immédiats et l'évolution. Il fallait également demander au médecin traitant des précisions concernant les plaintes au genou et lui demander des copies de ses rapports de consultations ainsi que les dates de consultation.

Par courrier du même jour, la CNA a demandé au Dr C._____ de lui faire parvenir un rapport détaillé précisant l'origine des plaintes de l'assuré s'agissant de son genou gauche, ainsi que ses rapports de consultation avec les dates de consultations. Le Dr C._____ n'a pas répondu.

Le 18 mai 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Dans un rapport du 14 juin 2022 au Dr C._____, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'une nouvelle IRM du genou gauche de l'assuré avait été réalisée le 24 mai 2022, laquelle avait mis en évidence une déchirure oblique et une lésion de la rampe postérieure du ménisque interne, ainsi qu'un œdème sous-chondral du plateau tibial. Le Dr T._____ a ajouté le diagnostic de syndrome post-ménisectomie dans un contexte de genou en varus. Il a exposé que l'assuré avait évoqué un accident survenu le 5 juillet 2021 lors duquel il avait chuté d'une échelle avec torsion du genou. Le Dr T._____ a expliqué qu'il avait discuté avec le patient de la possibilité de douleurs en relation avec un syndrome post-

meniscectomie, situation qui nécessiterait éventuellement une opération plus lourde, à savoir une ostéotomie tibiale pour correction de l'axe. Il avait pour le moment été renoncé à une telle opération, l'assuré souhaitant pouvoir reprendre le travail au plus vite.

Le 16 juin 2022, le Dr T. _____ a réalisé une nouvelle arthroscopie du genou gauche de l'assuré, avec une résection méniscale partielle interne et une synovectomie partielle. Dans le protocole opératoire, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de nouvelle déchirure du ménisque interne et de synovite.

Lors d'un entretien téléphonique du 30 juin 2022 avec la CNA, l'assuré a de nouveau précisé les circonstances de l'accident, qui ont été retranscrites dans les termes suivants :

Le 05.07.2021, il se trouve en vieille ville de [...] pour changer un store chez une cliente. Arrivé en haut de l'échelle, celle-ci glisse, il est déséquilibré et chute d'une hauteur estimée à 3 m 50. Il atterrit sur ses pieds avant de basculer sur le côté gauche. Il se tape la jambe et le bras gauches au sol. Il se relève avec des douleurs au bras et à la jambe gauches. La cliente lui donne de la crème anti-inflammatoire et il se repose 15-20 minutes. Il se relève et range ses affaires. Il prend la voiture pour rentrer à la maison. Les douleurs sont en augmentation au fil des heures. Il constate que le bras gauche est enflé. Le genou est également légèrement enflé. Il est préoccupé par le bras car celui-ci avait déjà été fracturé il y a une vingtaine d'années et qu'il a encore des plaques. Pour le genou, il pensait que c'était juste le coup et que ça allait passer. A force d'appuyer dessus, la douleur a continué à s'accroître.

Dans un avis du 8 novembre 2022, la Dre S. _____ s'est prononcée sur le cas, sur la base du dossier. Elle a retenu que la chute du 5 juillet 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle et que les lésions mises en évidence dans l'IRM du 6 septembre 2021 étaient de nature dégénérative. A cet égard, elle a indiqué que l'assuré avait chuté sur son genou gauche le 5 juillet 2021 mais n'avait consulté son médecin traitant que le 16 août 2021, lequel avait alors retenu la présence d'une contusion du genou gauche. Elle a exposé ce qui suit :

L'assuré a présenté une contusion du genou gauche qui a révélé une lésion méniscale du ménisque interne préexistante. Selon le guide de réinsertion de l'ASA, version 1.0, année 2010, une contusion bénigne du genou guérit en 12 semaines lorsqu'elle est légère. Dès

lors nous pouvons retenir que l'évènement du 5 juillet 2021 a cessé de déployer totalement ses effets depuis de nombreux mois mais au plus tard le 27 septembre 2021. Depuis lors, les troubles qui persistent ne sont plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement incriminé. Pour rappel, un choc direct sur le genou n'entraîne pas de lésion méniscale mais une contusion.

Par décision du 11 novembre 2022, la CNA a mis fin à la prise en charge des prestations d'assurance avec effet au 16 novembre 2022, au motif que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident du 5 juillet 2021 pouvait être considéré comme atteint depuis le 27 septembre 2021 au plus tard, d'après l'avis de son service médical et vu les éléments du dossier.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 30 novembre 2022.

Dans une décision sur opposition du 14 décembre 2022, la CNA a confirmé son point de vue, retenant en particulier qu'il n'existait pas d'élément permettant de douter de l'avis de la Dre S._____.

Lors d'un appel téléphonique du 15 décembre 2022, l'assuré a informé la CNA qu'une nouvelle IRM de son genou avait été réalisée le 8 décembre 2022. Dans le rapport d'IRM, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à la présence d'une fissure complexe oblique et horizontale de la corne postérieure du ménisque médial communiquant avec la surface articulaire inférieure, d'une chondropathie de grade II fémoro-tibiale médiale et latérale sans remaniement de l'os sous-chondral, d'une chondropathie de grade III fémoro-patellaire médiale et d'un discret remaniement oedémateux focal dans la graisse de Hoffa.

Dans un rapport du 16 décembre 2022 à la CNA, le Dr Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquait qu'à son avis une nouvelle intervention chirurgicale était nécessaire pour traiter la lésion méniscale interne, de sorte que la clôture du cas n'était pas appropriée.

Dans une nouvelle appréciation médicale du 21 décembre 2022, la Dre S. _____ a relevé que l'IRM du 6 septembre 2021 avait mis en évidence une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec une atteinte du mur et de la racine postérieurs associées à un kyste paraméniscal ainsi qu'une petite fissure radiaire du bord libre. D'après la Dre S. _____, les lésions étaient d'origine dégénérative et non pas traumatique. Elle a encore exposé notamment ce qui suit :

Lors de la chute, M. V. _____ n'a pas mentionné une atteinte du genou gauche. Toutefois, le 30.06.2022, il explique que lors de l'événement il a été déséquilibré et a chuté d'une hauteur d'environ 3,5 mètres, a atterri sur ses pieds avant de basculer sur le côté gauche. C'est alors qu'il se serait tapé la jambe et le bras gauches au sol. Lorsqu'il s'est relevé, il a ressenti des douleurs dans ces deux membres.

Son médecin traitant a retenu le diagnostic de contusion du genou gauche, mais à aucun moment il n'a évoqué une entorse du genou. Ce n'est que dans le rapport médical du Dr T. _____ du 14.06.2022 (document annexé à l'opposition de l'assuré), où il est mentionné une chute d'une échelle avec torsion du genou.

Toutefois, bien que le mécanisme de la chute diverge selon les documents médicaux et non médicaux, l'assuré n'a consulté que 5 semaines après le traumatisme en raison de douleurs du genou gauche.

Les investigations centrées sur ce genou n'ont été faites qu'au mois de septembre ; une IRM du genou gauche a montré des lésions dégénératives, mais pas de lésion traumatique.

L'arthroscopie pour méniscectomie de décembre pratiquée par le Dr W. _____ a précipité un état dégénératif du compartiment interne du genou gauche, puisque l'assuré présente un défaut d'axe, raison pour laquelle le Dr T. _____ a proposé une intervention chirurgicale plus conséquente sous la forme d'une ostéotomie tibiale pour une correction de l'axe, mais l'assuré l'a refusée.

La lésion méniscale et les lésions du genou gauche mises en évidence à l'IRM du 06.09.2021 mettent clairement en évidence des lésions de surcharge au niveau du compartiment interne, avec une usure du ménisque interne sous la forme d'une déchirure horizontale. Le Dr W. _____ a d'ailleurs toujours retenu ce diagnostic de déchirure horizontale du ménisque interne s'étendant à la corne postérieure avec un kyste paraméniscal. Ce dernier témoigne également de cette atteinte dégénérative, tout comme l'évolution après la méniscectomie partielle effectuée par le Dr W. _____.

C'est pourquoi, les arguments de M. V. _____ dans son opposition du 30.11.2022, ainsi que les documents qu'il nous a fait parvenir,

dont la majorité était à notre disposition (hormis le rapport médical du Dr T. _____ du 04.06.2022), l'IRM du genou gauche du 08.12.2022 et le certificat d'incapacité de travail que l'assuré nous a fait parvenir en date du 15.12.2022 n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux pouvant modifier les conclusions de notre appréciation du 08.11.2022, qui sont parfaitement valables.

B. Par acte du 12 janvier 2023 adressé à la CNA qui l'a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, les 17 janvier et 23 mai 2023, l'assuré recourt contre la décision sur opposition du 14 décembre 2022. Il conclut en substance à ce que la CNA poursuive le versement des prestations d'assurance en lien avec l'atteinte à son genou gauche. Il fait valoir qu'il a toujours des douleurs à ce genou, ce qui entraîne des difficultés à exercer son métier. Il produit à l'appui de son recours deux rapports médicaux, l'un du Dr Y. _____ du 16 décembre 2022 et l'autre non daté, de M. H. _____, physiothérapeute. Dans le premier rapport, le Dr Y. _____ relève qu'au vu des conclusions de la dernière IRM du 8 décembre 2022 et des douleurs avec amyotrophie sévère du membre inférieur gauche que présente l'assuré, force est de constater que l'intervention chirurgicale et le traitement fonctionnel post-opératoire n'ont pas pu améliorer la symptomatologie du patient en rapport avec l'accident du 5 juillet 2021. Le Dr Y. _____ estime qu'une nouvelle intervention chirurgicale est nécessaire pour traiter la lésion méniscale et en conclut que la clôture du cas par la CNA n'est pas appropriée. Le physiothérapeute relève pour sa part également la présence de douleurs et d'une amyotrophie du quadriceps gauche, malgré la physiothérapie.

Dans sa réponse du 22 août 2023, la CNA conclut au rejet du recours, estimant les appréciations de la Dre S. _____ des 8 novembre 2021 et 21 décembre 2022 convaincantes et non remises en cause par le rapport du Dr Y. _____ du 16 décembre 2022.

Par réplique du 21 septembre 2023, l'assuré confirme ses conclusions et indique qu'il y a bien eu une chute ayant déclenché les douleurs au genou, ce que deux témoins peuvent confirmer.

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). En vertu de l'art. 39 al. 2 LPGA applicable par analogie à la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 60 al. 2 LPGA), lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé. D'après l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent.

b) En l'occurrence, l'assuré a formé recours dans le délai de 30 jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA auprès de la CNA, qui a transmis son acte de recours à la Cour de céans comme objet de sa compétence, de sorte que le recours est intervenu en temps utile (cf. art. 39 al. 2 LPGA). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 16 novembre 2022, singulièrement sur le point de savoir si les atteintes au genou gauche persistant au-delà de cette date sont en lien de causalité avec l'évènement accidentel du 5 juillet 2021. Pour le surplus, il n'est pas contesté que les autres atteintes qui ont fait l'objet d'investigations radiologiques en juillet 2021 (cf. ci-dessus let. A) se sont amendées, et le contraire ne ressort pas du dossier.

b) aa) 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.

D'après l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les déchirures du ménisque, notamment, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

bb) 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). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. 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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose donc notamment 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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

cc) 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) 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.

Selon une jurisprudence constante, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, 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_112/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6).

On rappellera que lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 p. 229 ; 135 V 465 consid. 4.4 p. 470). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils,

elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en oeuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 et les références ; TF 8C_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 3).

3. Dans le cas d'espèce, la CNA a analysé la question de savoir si la lésion de ménisque était d'origine accidentelle sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA, à juste titre. Il n'est en effet pas contesté que l'évènement du 5 juillet 2021 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Il n'y a donc pas lieu d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. ATF 146 V 51 consid. 9.1).

En se fondant sur les appréciations médicales de la Dre S._____, la CNA a retenu qu'au-delà du 27 septembre 2021, il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre l'évènement du 5 juillet 2021 et les troubles persistant au genou gauche de l'assuré, en d'autres termes que le statu quo sine vel ante était atteint. La CNA a toutefois versé ses prestations (indemnités journalières et traitement médical, en particulier les opérations du genou gauche des 17 décembre 2021 et 16 juin 2022) jusqu'au 15 novembre 2022, soit à la date de la décision mettant fin aux prestations. Le recourant demande l'octroi des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 novembre 2022, au motif qu'il a toujours des douleurs et une amyotrophie à son genou gauche, produisant à cet égard notamment un rapport du Dr Y._____, lequel estime que la clôture de cas n'est pas appropriée.

Dans son avis médical du 8 novembre 2022, la Dre S._____ affirme que les lésions au genou gauche de l'assuré mises en évidence à l'IRM du 6 septembre 2021 (déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec atteinte du mur et de la racine postérieurs, associée à un kyste paraméniscal postérieurement et une petite fissure radiaire du bord libre), comme la nouvelle déchirure ménisque interne et la synovite pour lesquelles l'assuré a subi une deuxième opération le 16 juin 2022, sont de nature dégénérative et non pas traumatique. Elle ne justifie toutefois nullement son propos. Il en va de même dans son appréciation médicale ultérieure du 21 décembre 2022. Or, l'on est en

droit d'attendre de la part de la médecin d'arrondissement qu'elle étaye son point de vue et fournisse des explications circonstanciées sur le processus non traumatique qu'elle estime être à l'origine des atteintes constatées, ainsi que les raisons pour lesquelles le mécanisme accidentel n'aurait objectivement pas pu causer ou aggraver les atteintes que présente l'assuré à son genou gauche (cf. TF 8C_112/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6). Par ailleurs, dans son premier avis, la médecin d'arrondissement a retenu que la chute avait provoqué une contusion du genou gauche qui a révélé une lésion méniscale préexistante, et que comme une contusion bénigne du genou gauche guérissait en 12 semaines, d'après le guide de réinsertion de l'ASA de 2010, on pouvait retenir en l'occurrence que l'évènement du 5 juillet 2021 avait cessé de déployer ses effets le 27 septembre 2021 au plus tard. Or, d'une part, les rapports médicaux au dossier divergent quant à la nature du choc au genou qu'a subi l'assuré lors de la chute, certains rapports mentionnant une contusion (rapport initial LAA du 14 avril 2022 du Dr C. _____ se référant à la consultation de l'assuré du 16 août 2021 auprès du cabinet [...] à [...]), d'autres une entorse ou une torsion (bon de délégation pour physiothérapie rédigé par le Dr C. _____ le 14 septembre 2021 et rapport du 14 juin 2022 du Dr T. _____). La hauteur de la chute diverge également selon les rapports médicaux (cf. rapport d'échographie du Dr G. _____ du 27 juillet 2021 mentionnant une chute « de sa hauteur », alors qu'une chute d'une hauteur de 3,5 mètres a été indiquée par l'assuré lors de l'entretien téléphonique avec la CNA le 30 juin 2022 et par le Dr C. _____ dans le rapport du 14 avril 2022 susmentionné ; le Dr U. _____ mentionne quant à lui une chute d'une hauteur de 2,5 à 3 mètres dans son rapport du 5 juillet 2021). Vu les rapports de la Dre S. _____ elle-même, ces différents éléments apparaissent toutefois être importants pour juger du lien de causalité entre l'évènement accidentel et les lésions aux ménisques. Il appartient donc à la CNA de compléter l'instruction sur ces points, notamment en requérant les rapports de consultations initiales de l'assuré auprès des Drs I. _____, D. _____ et C. _____, médecins au cabinet [...] à [...]. Il appartiendra à la CNA d'entendre si nécessaire les témoins de l'accident mentionnés par le recourant dans sa réplique du 21 septembre 2023, dans l'hypothèse où

une divergence devait subsister. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à la CNA de mettre en œuvre une expertise par un expert indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au sens de l'art. 44 LPGA, afin d'éclaircir la question du lien de causalité entre l'évènement du 5 juillet 2021 et les lésions au genou gauche de l'assuré au-delà du 27 septembre 2021, respectivement du 15 novembre 2022.

4. a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la cause étant renvoyée à la CNA pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires en matière de prestations d'assurance-accident (cf. art. 61 let. f^{bis} LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de tels frais.

c) Le recourant n'étant pas assisté par un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (cf. 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 admis.

II. La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident,
- 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 :