

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mai 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

C. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} février 2008 en qualité de collaborateur technique pour le compte de l'A._____ (A._____). A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de C._____ SA (ci-après : C._____ ou l'intimée).

Le 5 octobre 2018, alors qu'il fuyait une personne menaçante sur son lieu de travail, il a chuté dans les escaliers, se blessant au coude droit et au genou droit.

Des radiographies du coude droit et du genou droit ont été effectuées le même jour. Un cliché de profil du genou droit a révélé une ligne de radiotransparence en arrière du massif des épines tibiales aux dépens du plateau, suggérant une possible fracture non déplacée (cf. rapport du 5 octobre 2018 du Dr R._____, spécialiste en radiologie). Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit a dès lors été effectuée le 16 octobre 2018. Celle-ci a confirmé la fracture (non déplacée) du plateau tibial, avec la mise en évidence d'une avulsion d'un pavé osseux aux dépens de l'insertion tibiale du ligament croisé postérieur (LCP) ; une importante méniscopathie fissuraire de grade III aux dépens du ménisque interne a également été visualisée (cf. rapport du 16 octobre 2018 du Dr R._____).

C._____ a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 18 octobre 2018, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'examen clinique effectué le même jour était rassurant et la situation au niveau du genou droit assez stable, malgré la persistance d'un épanchement et de douleurs diffuses. Il a dès lors préconisé la poursuite de l'immobilisation par attelle de décharge durant encore quatre semaines, après quoi une rééducation physiothérapeutique devait être débutée.

Le Dr X. _____ a indiqué que l'assuré pouvait reprendre son activité à 50 % à compter du 15 janvier 2019 (cf. rapport du 1^{er} février 2019 relatif à une consultation du 14 janvier 2019), puis à 100 % dès le 18 février 2019 (cf. feuille d'accident LAA, document n° 39 du dossier de C. _____).

Selon un rapport du 12 février 2019 du Dr H. _____, médecin-conseil de C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les troubles présentés par l'assuré étaient en lien de causalité probable avec l'accident du 5 octobre 2018. Compte tenu de la gravité de la lésion, il a considéré qu'il fallait attendre au moins la fin du mois de mars 2019 pour que le *statu quo ante* soit atteint. Il a fait état d'une chondropathie fémoro-tibiale interne de grade III et d'une chondropathie fémoro-patellaire à titre de facteur étranger à l'accident. Il a également évoqué l'hypothèse d'une potentielle instabilité postérieure résiduelle justifiant, le cas échéant, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % selon la table 6 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire) (ci-après : table 6).

Selon un rapport du 12 août 2019 du Dr X. _____, l'évolution était favorable et le traitement était terminé depuis le 8 avril 2019.

Le Dr H. _____ a rédigé un nouveau rapport le 30 mars 2020. Il a en particulier mentionné que l'instabilité postérieure résiduelle justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % selon la table 6. Tout en rappelant que l'assuré avait bénéficié de quarante-cinq séances de physiothérapie remboursées par C. _____ durant la période du 27 novembre 2018 au 11 juin 2019, le Dr H. _____ a estimé que leur prise en charge n'était plus justifiée.

L'assuré se plaignant de la persistance de douleurs au niveau de son genou droit, une nouvelle IRM a été effectuée le 25 janvier 2021. Selon un rapport du même jour de la Dre I. _____, spécialiste en

radiologie, l'IRM a mis en évidence « un genou dégénératif », avec notamment une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque et un cartilage irrégulier en zone de charge avec une atteinte de grade IV au niveau du compartiment médial, une ébauche de chondropathie en zone de charge de grade IV au niveau du compartiment latéral et une chondropathie fémoro-patellaire de grade IV au niveau du compartiment antérieur.

L'assuré a subi une arthroscopie le 2 mars 2021, laquelle a révélé une déchirure de la corne postérieure du ménisque au niveau interne et une chondrite de stade II à III au niveau de la trochlée ; une excision de la corne postérieure du ménisque interne a dès lors été effectuée (cf. protocole opératoire du 3 mars 2021 du Dr X._____).

Une nouvelle IRM effectuée le 31 janvier 2023 a mis en évidence la présence d'une méniscopathie médiale étendue, soit notamment une déchirure de grade III de la corne postérieure et du corps méniscal s'étendant vers la corne antérieure (cf. rapport du 30 janvier 2023 de la Dre I._____).

Dans un rapport du 5 mars 2023, le Dr E._____, médecin-conseil de C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur du genou le 5 octobre 2018, de déchirure horizontale du ménisque interne d'allure dégénérative du genou droit, de chondropathie fémoro-tibiale interne de grade III du genou droit et de chondropathie fémoro-patellaire du genou droit, précisant que les trois derniers diagnostics posés devaient être considérés comme étrangers à l'accident. En tant que l'intervention du 2 mars 2021 concernait le ménisque interne, dont la déchirure était d'allure dégénérative sur l'IRM du 16 octobre 2018, il a considéré que le lien de causalité entre cette intervention et l'accident était exclu ; ce dernier avait uniquement entraîné une aggravation transitoire de l'état de l'assuré par l'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur, précisant que le *statu quo ante* était atteint le 6 avril 2019, soit six mois

après l'accident. Le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident était également exclu par le Dr E. _____. Enfin, il a estimé que l'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur n'avait pas laissé de séquelle permanente.

Par décision du 17 avril 2023, C. _____ a indiqué qu'elle n'était plus tenue de prêter à compter de 2021, faute de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 5 octobre 2018 et les troubles ayant nécessité un traitement médical à son genou droit dès 2021. Elle a toutefois renoncé à demander à l'assuré le remboursement des factures déjà payées.

Par pli du 24 avril 2023, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision précitée, arguant qu'il avait subi un accident professionnel qui devait être pris en charge par l'assureur-accidents.

Par décision sur opposition du 15 août 2023, C. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré, renvoyant pour l'essentiel à l'appréciation du 28 février 2023 (recte : 5 mars 2023) de son médecin-conseil.

B. Le 15 septembre 2023, P. _____, représenté par Swiss Claims Network SA, a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation (recte : réforme), en ce sens qu'un lien de causalité entre l'accident et son état actuel soit reconnu et que C. _____ soit tenue de continuer à prendre en charge le dommage subi au-delà de 2021. En substance, il a allégué que l'accident était la seule cause de son état actuel. Se fondant sur un rapport du 11 septembre 2023 du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il a fait valoir que l'accident avait causé une importante instabilité de son genou droit, aggravant ainsi de manière significative, déterminante et persistante l'état dégénératif préexistant. Il était d'avis que cet accident avait causé une nouvelle atteinte durable et importante sur une partie du corps déjà lésée qui avait repoussé l'état maladif à l'arrière-plan, précisant que l'état antérieur n'était pas si

instable et précaire qu'il aurait pu se déclencher en tout temps, que ce soit en raison de l'état pathologique lui-même ou d'une autre cause aléatoire. L'intervention réalisée le 2 mars 2021 était nécessaire pour stabiliser son genou droit. Enfin, sans l'évènement du 5 octobre 2018, l'état de son genou droit n'aurait en aucun cas été celui qui avait nécessité l'intervention du 2 mars 2021.

Par réponse du 3 novembre 2023, l'intimée, se fondant sur un nouvel avis du 23 octobre 2023 de son médecin-conseil, le Dr E._____, a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que l'IRM du 16 octobre 2018 montrait une méniscopathie de grade III du ménisque interne et une chondropathie fémoro-tibiale interne de grade III. Or, selon l'IRM du 25 janvier 2021, aucune aggravation ou une nouvelle déchirure n'était à déplorer. L'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur n'avait ainsi aucunement aggravé la méniscopathie interne préexistante, raison pour laquelle l'intervention du 2 mars 2021 ne concernait pas l'accident litigieux et aurait de toute façon dû avoir lieu du fait de la présence des atteintes dégénératives précitées. Comme les imageries de 2021 ne montraient aucune évolution significative au niveau de la lésion méniscale interne par rapport à celles de 2018, l'hypothèse d'une aggravation de l'état du genou droit en raison de l'instabilité du ligament croisé postérieur provoquée par l'évènement litigieux ne pouvait être retenue. En outre, si les imageries de 2018 montraient effectivement l'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur, celles de 2021 révélaient la consolidation de cette lésion, ce qui démontrait que la lésion traumatique ne pouvait pas avoir provoqué une instabilité générale du genou droit qui influencerait de manière durable l'état dégénératif préexistant.

Par réplique du 14 novembre 2023, le recourant a confirmé ses conclusions, ajoutant qu'il convenait d'accorder une pleine valeur probante à l'appréciation du Dr V._____. Il requérait, implicitement, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, compte tenu de la présence de deux avis médicaux divergents.

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 dès 2021, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 5 octobre 2018 et le traitement médical dont a bénéficié le recourant dès 2021.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est 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).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

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

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel*

ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

e) Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures du ménisque pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la 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. Lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1, 8.3 et 8.6).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) 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).

c) 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).

d) 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 asséculoologique. 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).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'évènement du 5 octobre 2018 est constitutif d'un accident, si bien que l'art. 6 al. 2 LAA qui traite des lésions assimilées à un accident n'est pas applicable. La Cour de céans doit dès lors déterminer si les troubles présentés par le recourant, ayant entraîné sa prise en charge chirurgicale, sont en lien de causalité avec l'accident du 5 octobre 2018.

A cet égard, se fondant sur l'avis du 11 septembre 2023 du Dr V._____, qu'il a produit au stade du recours, le recourant soutient que les troubles ayant nécessité une intervention chirurgicale le 2 mars 2021 doivent être pris en charge par l'intimée dans la mesure où l'accident du 5 octobre 2018 lui a causé une importante instabilité du genou qui a durablement aggravé son état dégénératif préexistant.

b) D'emblée, il y a lieu de constater que le recourant admet à juste titre, au stade du recours, qu'il souffre d'une lésion dégénérative préexistante à l'accident au niveau ménisco-chondral. En effet, l'IRM du genou droit effectuée le 16 octobre 2018, soit seulement onze jours après l'accident litigieux, a révélé, outre la fracture du plateau tibial, des affections de nature dégénérative, soit en particulier une importante méniscopathie fissuraire de grade III aux dépens du ménisque interne, diagnostic qui a d'ailleurs été successivement confirmé et repris par le Dr X._____, le Dr E._____ et le Dr V._____.

c) Pour le reste, il convient d'observer que le Dr E._____ a exposé de manière détaillée, et sur la base d'éléments objectifs, les motifs pour lesquels il considérait que le lien de causalité entre l'intervention du

2 mars 2021 et l'accident litigieux devait être nié. Ainsi, en comparant les IRM effectuées le 16 octobre 2018 et le 25 janvier 2021, il n'a décelé aucune différence d'évolution au niveau de la lésion méniscale interne ; aucune aggravation ni de nouvelle déchirure n'était observée. Il en a donc déduit que ni l'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur, d'une part, ni l'éventuelle instabilité résiduelle, pour peu qu'elle soit avérée, d'autre part, n'avaient aggravé la méniscopathie. Aussi, le Dr E._____, sur la base des imageries des 25 janvier 2021 et 30 janvier 2023, a observé la consolidation du pied tibial ; une instabilité du genou qui influencerait de manière durable l'état dégénératif préexistant n'est donc pas probable.

Cette appréciation n'est pas sérieusement remise en cause par le Dr V._____. En effet, l'argumentation de ce dernier se fonde sur l'existence d'une aggravation de l'état méniscal interne liée à l'existence d'une instabilité postérieure causée par l'accident. A cet égard, le Dr V._____ se limite à affirmer qu'il « est bien connu, qu'une lésion méniscale, comme une situation de pré-arthrose, souffre d'une instabilité ligamentaire, en s'aggravant et en s'accélégrant », en l'occurrence, « à hauteur d'au moins 33 %, selon la probabilité prépondérante ». Or, cette appréciation n'est étayée par aucun fondement objectif. De plus, compte tenu du fait que les IRM de 2018 et 2021 sont superposables - ce qu'il ne conteste pas - on était en droit d'attendre du Dr V._____ qu'il explique pourquoi, nonobstant le contenu de ces IRM, il retenait une aggravation de la méniscopathie à la suite de l'accident litigieux.

d) Pour le surplus, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas quoi qu'il en soit établi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'il souffrait d'une instabilité résiduelle au niveau de son genou droit. En effet, le Dr X._____ - qui a régulièrement vu le recourant à sa consultation - a, hormis une petite laxité postérieure (cf. son rapport du 1^{er} février 2019), continuellement constaté l'absence d'instabilité articulaire. Ainsi, il a indiqué dans son rapport du 18 octobre 2018 que le test de Lachmann avait montré un ligament croisé antérieur à arrêt dur et un ligament croisé postérieur stable. Nonobstant le sentiment d'instabilité

dont se plaignait le recourant, il a également confirmé, dans son rapport du 10 janvier 2020, un test de Lachmann négatif, sans noter une quelconque instabilité au niveau du ligament croisé postérieur. En outre, le fait que le médecin-conseil de l'intimée, le Dr H. _____, a réservé, dans ses appréciations des 12 février 2019 et 21 août 2019, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % pour une éventuelle instabilité postérieure résiduelle n'y change rien puisque ce médecin n'avait pas, à ce stade, constaté une telle instabilité. Certes le Dr H. _____, dans son appréciation du 30 mars 2020, semble admettre l'existence d'une instabilité, justifiant notamment une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Cependant, son appréciation se base uniquement sur le rapport du 10 janvier 2020 (relatif à la consultation du 24 octobre 2019). Or ce rapport n'apporte aucun d'élément objectif suggérant l'existence d'une instabilité articulaire résiduelle. D'ailleurs, les rapports subséquents du Dr X. _____ (cf. rapport du 29 juillet 2020 et du 29 mars 2021) ne mentionnent pas de problème d'instabilité articulaire. De plus, l'assuré, dans ses réponses (du 26 décembre 2022) au questionnaire de l'intimée, ne s'est plaint que de douleurs résiduelles, sans décrire une sensation d'instabilité. On notera enfin que le Dr E. _____, dans son rapport du 23 octobre 2023, a estimé que les éléments au dossier ne permettaient pas non plus de retenir une quelconque instabilité au niveau du genou droit.

e) En définitive, il convient de se rallier à l'appréciation du Dr E. _____ en ce sens qu'il est vraisemblable que l'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur n'a pas provoqué une instabilité générale du genou droit de l'assuré qui aurait aggravé de manière durable sa méniscope pathie préexistante. L'accident litigieux avait uniquement entraîné une aggravation transitoire de l'état de l'assuré par l'arrachement du pied tibial du ligament croisé postérieur, avec un *statu quo sine* était atteint le 6 avril 2019. Ainsi, l'intervention du 2 mars 2021 concerne uniquement l'état antérieur de l'assuré. Dans ce contexte, le fait que l'IRM du 30 janvier 2023 a mis en évidence une extension de la lésion méniscale n'est pas relevant, dès lors que l'existence d'une instabilité n'a pas été rendu vraisemblable par le recourant et que sa prise en charge chirurgicale a eu lieu il y a près de deux ans.

6. Dans l'éventualité où le recourant, par son mémoire de réponse, entendait requérir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par la Cour de céans, il n'y aurait dans tous les cas pas lieu de donner suite à une telle requête. En effet, les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause et de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours 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 à la partie recourante, 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 15 août 2023 par C._____ SA est confirmée.
- 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 :

- Swiss Claims Network SA (pour P. _____), à Fribourg,
- C. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :