

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Pasche, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Cuérel

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a été engagé par la Commune de [...] en qualité d'ouvrier de voirie dès le 1^{er} octobre 1994. À ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, l'assureur ou l'intimée).

Le 12 août 2022, l'assuré a été victime d'un accident lors de vacances en [...]. Il résulte de la « déclaration d'accident-bagatelle LAA » adressée à la CNA le 22 septembre 2022, qu'il a sauté sur le pont d'une péniche se trouvant dans une écluse, entraînant une glissade et une chute. Son genou gauche s'est tordu. Les premiers soins ont été prodigués le 9 septembre 2022 par le Dr Y. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur au sein du centre médical [...].

Le 22 septembre 2022, la Dre A. _____, médecin spécialiste en radiologie, a établi un rapport médical à la suite de l'IRM (imagerie par résonance médicale) du genou gauche de l'assuré, réalisée le même jour. Elle a posé les diagnostics suivants : une gonarthrose tri-compartmentale, un défaut cartilagineux au niveau du condyle fémoral interne (importante atteinte, avec un défaut cartilagineux étendu mesurant seize millimètres de largeur ; rotule de type 2 selon la classification de Wiberg, avec existence d'un remaniement dégénératif fémoro-patellaire marqué avec un amincissement presque complet du cartilage du versant externe de la rotule) ainsi qu'une méniscopathie dégénérative sans rupture (ménisques interne et externe). Elle a également constaté un épanchement intra-articulaire. Les ligaments croisés antérieur et postérieur ainsi que les ligaments externe, interne et les ailerons rotuliens n'avaient subi aucune lésion. Un discret œdème au niveau du ligament collatéral était visible. Les parties molles ne présentaient pas de particularité.

Le 11 octobre 2022, le Dr Q._____, médecin spécialiste en radiologie, a procédé à une arthrographie du genou gauche de l'assuré et à une infiltration sous scopie consistant en une injection de cinq millilitres de PRP (plasma riche en plaquettes) et d'acide hyaluronique. Dans son rapport du même jour, il a indiqué que l'intervention avait été correctement tolérée par l'assuré. L'arthrographie avait permis de constater des contours articulaires réguliers, mais avait fait ressortir les remaniements dégénératifs par un aspect irrégulier des contours osseux, des développements ostéophytaires et un pincement de l'interligne articulaire interne.

À la suite de cette intervention, l'assuré a été en incapacité de travail à 100 % du 11 au 16 octobre 2022, selon certificat médical établi par le Dr Y._____ le 5 octobre 2022.

Le 21 octobre 2022, le Dr P._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a reçu l'assuré en consultation, à la suite de laquelle il a rédigé un rapport à l'attention de l'assureur. Il a indiqué que son patient présentait un traumatisme du genou gauche après avoir glissé sur un bateau et senti un craquement. Au vu des douleurs et du gonflement du genou, l'intéressé avait consulté le Dr Y._____. Malgré le traitement prescrit par ce médecin (c'est-à-dire l'infiltration), l'assuré ressentait encore des douleurs quotidiennes au niveau de la face médiale et antérieure dès cent mètres de marche, des douleurs nocturnes et avait constaté un gonflement permanent ainsi qu'un déficit d'extension du genou. L'assuré présentait les antécédents orthopédiques suivants : une arthroscopie du genou gauche vingt ans auparavant, une réduction ouverte et ostéosynthèse de la cheville gauche trente-cinq ans auparavant, ainsi qu'une réduction ouverte et ostéosynthèse des métacarpes droits et gauches et une fracture des chevilles droite et gauche ayant bénéficié d'un traitement conservatoire, le nombre d'années écoulées depuis ces deux derniers événements ne résultant pas des pièces au dossier. À l'examen clinique du genou gauche de son patient, le Dr P._____ a constaté un épanchement articulaire et une flexion

extension de 120-0-0. Il n'y avait aucune douleur à la palpation du ligament latéral interne et externe. Le genou était stable sur le plan frontal et sagittal. Le patient ressentait en revanche des douleurs à la palpation de l'interligne interne, les tests Mc Murray et Grinding étant tous deux positifs. Il n'y avait pas de douleurs à la palpation de l'interligne externe. Les signes du Rabot et Zohlen étaient positifs. Ce médecin a interprété l'IRM du 22 septembre 2022 comme il suit : les images laissaient apparaître une chondropathie de grade IV fémoro-patellaire, une chondropathie de grade III fémoro-tibiale interne avec des zones focales de grade IV au niveau de la partie postérieure du condyle fémoral et une déchirure horizontale avec une composante oblique de la corne postérieure du ménisque interne. Il a diagnostiqué une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie bicompartimentale fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne du genou gauche. Après discussion avec le patient, ils ont opté pour une prise en charge chirurgicale.

Le 4 novembre 2022, le Dr P. _____ a établi un certificat médical attestant de l'incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 4 novembre au 4 décembre 2022, la situation devant être réévaluée le 29 novembre 2022.

Par courrier du 18 novembre 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge le paiement des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 12 août 2022, précisant que le droit au versement d'indemnités journalières serait cas échéant examiné et que les frais de traitement seraient payés directement aux prestataires.

Par courrier du 21 novembre 2022, l'assureur a informé l'employeur de l'assuré qu'elle émettait des réserves sur les incapacités de travail du 11 au 16 octobre et du 4 novembre au 4 décembre 2022, précisant que l'examen de son obligation de prester était encore en cours.

Le 23 novembre 2022, le Dr P._____ a rédigé le protocole opératoire de la chirurgie décidée le 21 octobre 2022, dont il résulte ce qui suit. Les diagnostics étaient rappelés en ces termes : déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, lésion dégénérative du corps du ménisque externe, chondropathie de grade III du condyle fémoral interne et corps libres cartilagineux. L'intervention a consisté en une arthroscopie, une méniscectomie partielle du ménisque interne et externe (la corne postérieure n'étant pas suturable, il a été procédé à l'ablation de la lésion située sur les deux tiers centraux, puis à une méniscectomie du bord libre du ménisque externe), des micro-fractures de Pridie au niveau du condyle fémoral interne, une ablation de corps libres cartilagineux et une synovectomie subtotale. L'opération a permis au chirurgien de préciser son diagnostic en ce sens que l'assuré présentait une chondropathie de grade IV selon la classification d'Outerbridge de la patella et de grade III de la trochlée fémorale. Au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, il souffrait d'une chondropathie de grade III à IV en zone de charge du condyle fémoral, de grade II du plateau tibial et d'une déchirure horizontale avec une composante dégénérative de la corne postérieure du ménisque. Au niveau du compartiment fémoro-tibial externe, le médecin a constaté une chondropathie de grade II du condyle fémoral et du plateau tibial et tendon poplité. Les ligaments étaient intacts.

Le 28 novembre 2022, sur requête de l'assureur, le Dr Y._____ a complété le formulaire intitulé « rapport initial LAA ». Il a indiqué qu'il avait reçu l'assuré en consultation la première fois le 9 septembre 2022. Questionné sur d'éventuels antécédents médicaux, son patient avait mentionné une ancienne opération au genou gauche. Lors de l'accident du mois d'août 2022, il s'était tordu le genou en valgus et présentait un douloureux épanchement, provoquant une boiterie. À l'examen clinique, ce médecin a constaté un épanchement, un flexum douloureux, un « pincement intérieur » et une boiterie. Le test de Mc Murray était positif de même que le test Smilie effectué sur la rotule. Le Dr Y._____ a diagnostiqué une entorse au genou gauche et a proposé une ponction puis des infiltrations, ainsi que de la physiothérapie.

Le 20 décembre 2022, le Dr P._____ a reçu l'assuré en consultation post-opératoire. Son patient marchait en charge partielle maximum de quinze kilos depuis l'opération. Il allait bien et n'avait formulé aucune plainte particulière. Il faisait de la physiothérapie deux fois par semaine. Le genou gauche était stable sur le plan frontal et sagittal et il n'y avait pas de douleur à la palpation du ligament latéral interne et externe. Le médecin a prescrit la poursuite de la physiothérapie avec marche en charge totale, un renforcement musculaire périarticulaire et un travail de proprioception. Une nouvelle consultation a été fixée au 26 janvier 2023.

Par appel téléphonique du 23 janvier 2023, l'assuré a informé la CNA qu'il était en incapacité de travail jusqu'au 26 janvier 2023, date de sa prochaine consultation auprès du Dr P._____. Il a expliqué qu'après avoir consulté un premier médecin, il avait sollicité un second avis médical auprès du Dr P._____, lequel avait constaté un problème de diagnostic et avait proposé l'opération réalisée en novembre 2022. Il a affirmé qu'il pensait pouvoir reprendre bientôt le travail, qu'il n'avait plus de béquilles et qu'il avait recommencé à conduire.

À la suite de cet entretien téléphonique, l'assureur a soumis le cas à un médecin-conseil, la Dre R._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 24 janvier 2023. Elle a affirmé qu'il n'y avait vraisemblablement pas de lien de causalité entre l'événement accidentel du 12 août 2022 et l'opération du 4 novembre 2022, car le patient souffrait de troubles dégénératifs qui avaient été décompensés par la glissade du 12 août 2022, pour une durée d'un mois, vu l'absence de pathologie traumatique objectivée osseuse, ligamentaire ou cartilagineuse et la présence d'un léger œdème au niveau du ligament latéral interne. Selon elle, l'incapacité de travail survenue secondairement le 11 octobre 2022 n'était pas non plus en relation de causalité avec l'accident du mois d'août précédent. Au vu des antécédents opératoires mentionnés par l'assuré, elle a suggéré de

l'interpeller afin d'obtenir des renseignements complémentaires à ce sujet.

Le Dr P. _____ a revu l'assuré en consultation le 26 janvier 2023. Le genou opéré ayant évolué favorablement, il a prescrit la poursuite de la physiothérapie sans fixer de nouveau rendez-vous.

Le 12 juin 2023, à nouveau sollicitée par l'assureur, la Dre R. _____ s'est prononcée sur le lien de causalité entre l'accident subi au mois d'août 2022 et les atteintes dont a ensuite souffert l'assuré. Selon elle, l'événement accidentel a uniquement causé une contusion bénigne au niveau du ligament latéral interne, sans déchirure, vu le léger œdème visible sur l'IRM, ayant eu des effets pendant maximum un mois. Elle a expliqué que les lésions méniscales et cartilagineuses opérées n'avaient pas été objectivées à l'IRM comme des atteintes traumatiques et qu'elles étaient sans aucun doute compatibles avec un état dégénératif arthrosique. Cette médecin en a déduit que les lésions cartilagineuses et méniscales opérées étaient liées à l'arthrose avancée préexistante, qui se serait de toute façon décompensée à un moment donné, même sans traumatisme. En conclusion, elle a retenu qu'il y avait eu une décompensation aiguë provisoire de l'état préexistant, d'une durée d'un mois.

Par décision du 26 juin 2023, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré des prestations de l'assurance-accident au-delà du 10 octobre 2022 au soir, au motif que le médecin-conseil sollicité avait affirmé que les troubles au genou gauche persistant un mois après l'événement accidentel du 12 août 2022 n'avaient plus aucun lien avec celui-ci.

Par courrier électronique du 6 juillet 2023, le Dr P. _____ a écrit à l'assureur qu'il était surpris par sa décision. Il a rappelé que son patient lui avait expliqué, lors de la première consultation du 21 octobre 2022, qu'il avait glissé sur un bateau avec une sensation de craquement et qu'il avait lui-même constaté, au cours de l'intervention chirurgicale, que le ménisque interne n'était pas suturable et que malgré la

composante dégénérative, cette déchirure horizontale était fortement liée au traumatisme, puisque l'assuré ne s'était jamais plaint de douleurs avant cet événement. Son patient lui avait en outre fait part d'une possible erreur de diagnostic, respectivement de pronostic de la part du premier médecin consulté.

Le 10 juillet 2023, l'assuré a formé opposition contre la décision du 26 juin 2023. Il a rappelé que lors de ses vacances du mois d'août 2022, il avait sauté sur un bateau et s'était fait mal au genou, qui avait commencé à gonfler immédiatement après la chute. À son retour en Suisse, il avait encore attendu une semaine avant de consulter un médecin, espérant pouvoir guérir sans soins particuliers. En l'absence d'amélioration, il s'était rendu au centre médical [...], où le Dr Y._____ l'avait reçu en consultation et lui avait indiqué qu'il s'agissait d'arthrose, ce à quoi il avait rétorqué que ce n'était pas possible vu la chute subie et l'absence de douleurs avant celle-ci. Le médecin lui avait répondu que la chute avait dû accentuer l'arthrose, puis avait prescrit des ponctions et des infiltrations. En l'absence d'améliorations après ce traitement, il a sollicité un second avis médical auprès du Dr P._____, lequel avait tout de suite constaté une déchirure du ménisque à la lecture de l'IRM. Ce médecin lui avait indiqué qu'il serait remis sur pied après une petite intervention chirurgicale, suivie de deux ou trois semaines de convalescence. Puis, en l'opérant, le Dr P._____ avait constaté que les atteintes étaient plus graves que celles ressortant de l'IRM, affirmant qu'il avait « trop forcé ». L'assuré a estimé que la gravité des lésions constatées lors de l'opération était le fait d'une erreur de diagnostic du premier médecin, qu'il ne lui incombait pas d'assumer.

Le 11 juillet 2023, la CNA a ré-interpellé la Dre R._____, afin qu'elle indique si les considérations du Dr P._____ du 6 juillet 2023 changeaient son appréciation de la situation. Elle a répondu le 31 juillet 2023 en ces termes. L'arthrose fémoro-tibiale interne était préexistante et a très probablement provoqué une usure progressive du ménisque. Compte tenu de la gravité de la maladie, qui était déjà à un stade avancé,

il n'y avait selon elle aucun élément permettant d'affirmer que la fissure méniscale aurait été provoquée par la chute de l'assuré et non par l'arthrose préexistante, d'autant plus qu'il s'agissait d'une lésion horizontale, atteinte dont l'origine est généralement dégénérative, par opposition aux lésions verticales qui trouvent leur cause dans un traumatisme. Elle a souligné que sur l'IRM il n'y avait aucun signe de contusion, hormis un léger œdème du ligament latéral interne. Lors de l'opération intervenue plus de trois mois après l'événement accidentel, le chirurgien a découvert un ménisque dans un état dégénératif avancé qualifié d'« insuturable » et des lésions cartilagineuses du condyle fémoral interne. Selon elle, il était certain que la torsion déclarée ne pouvait pas être responsable de ces lésions. Durant les trois mois écoulés entre l'accident et l'opération, la fissure méniscale horizontale a pu progresser pour provoquer les lésions bien plus importantes constatées par le chirurgien lors de l'intervention. Au vu de l'état dégénératif avancé de ce ménisque, les atteintes constatées seraient de toute façon apparues, même sans événement traumatique. Même si l'assuré n'avait ressenti aucune douleur avant l'accident, alors qu'il souffrait déjà d'arthrose à un stade avancé, le fait qu'il ait commencé à avoir mal après sa chute ne prouvait pas que la lésion méniscale n'existait pas avant celle-ci, d'autant plus qu'aucun élément n'indiquait avec certitude que seule cette lésion aurait été la cause des douleurs ressenties, notamment au vu des atteintes cartilagineuses, assurément liées à la maladie dégénérative. La Dre R. _____ a dès lors estimé que la chute du mois d'août 2022 avait tout au plus décompensé un état préexistant, de façon aigüe et de manière provisoire, pendant un à deux mois maximum. Elle en a conclu que les atteintes constatées lors de l'opération du mois de novembre 2022 n'étaient pas imputables à l'accident subi.

Par décision sur opposition du 21 septembre 2023, la CNA a confirmé sa précédente décision. Elle a rappelé que sa médecin-conseil avait évalué toute la documentation médicale et radiologique disponible et avait indiqué que l'arthrose dont souffrait l'assuré était présente avant le sinistre, l'événement accidentel ayant tout au plus décompensé provisoirement un état préexistant pendant un à deux mois. Il n'y avait

aucune preuve d'une fissure (surtout horizontale méniscale) survenue au moment du sinistre.

B. Par acte du 2 octobre 2023, J._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les suites de l'accident soient totalement prises en charge par l'assureur. Il fait valoir qu'une erreur de diagnostic du premier médecin consulté aurait entraîné une aggravation de l'état de son genou, ayant nécessité une opération, de sorte que ce ne serait pas à lui d'assumer les conséquences de cette erreur. Il a pour le surplus rappelé que malgré les affirmations des médecins, selon lesquels il souffrirait d'arthrose au genou, il n'avait jamais rencontré de problèmes ou ressenti de douleurs avant l'accident.

Par réponse du 3 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, au motif que le recourant n'avait allégué aucun élément nouveau et avait soulevé les mêmes griefs, infondés, dont il avait d'ores et déjà fait état au stade de l'opposition. Elle s'est intégralement référée à sa décision sur opposition du 21 septembre 2023.

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 la question du lien de causalité entre l'accident du 12 août 2022 et les atteintes subies par le recourant au-delà du 10 octobre 2022, singulièrement sur la prise en charge des frais de traitement au-delà de cette date.

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

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. 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).

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).

5. a) En l'espèce, il est constant que l'événement du 12 août 2022 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGa, lors duquel le recourant a glissé puis chuté. Demeure litigieuse la question du lien de causalité entre cet événement accidentel et les atteintes au genou gauche du recourant visibles sur l'IRM réalisée après l'accident et constatées lors

des examens cliniques et par le chirurgien lors de l'opération du mois de novembre 2022.

Le recourant soutient que le premier médecin consulté à la suite de l'accident subi aurait mal diagnostiqué les atteintes dont il souffrait, ce qui aurait aggravé l'état de son genou et nécessité une opération. Il considère que ce n'est pas à lui d'assumer les conséquences de l'erreur médicale commise.

L'intimée plaide pour sa part que la gonarthrose dont souffre le recourant est à l'origine des atteintes subies, l'événement accidentel ayant tout au plus décompensé provisoirement un état préexistant durant une période n'allant pas au-delà de deux mois après l'accident.

b) Les diagnostics suivants ont été posés concernant le genou gauche du recourant :

- Entorse (cf. formulaire complété par le Dr Y. _____ le 28 novembre 2022) ;
- Discret œdème au niveau du ligament collatéral, sans déchirure
(cf. rapport de la Dre A. _____ du 22 septembre 2022, rapport _____ de _____ la Dre R. _____ du 12 juin 2023) ;
- Épanchement intra-articulaire (cf. rapport de la Dre A. _____ du 22 septembre 2022, rapport du Dr P. _____ du 21 octobre 2022) ;
- Chondropathie tri-compartimentale (fémoro-patellaire, fémoro-tibiale interne et fémoro-tibiale externe), de grade IV sur la patella, de grade III sur la trochlée fémorale, de grade III à IV en zone de charge du condyle fémoral et de grade II sur le plateau tibial et sur le condyle fémoral externe (cf. rapport de la Dre A. _____ du 22 septembre 2022, rapport et protocole opératoire du Dr P. _____ des 21 octobre et 23 novembre 2022) ;

- Défect cartilagineux important au niveau du condyle fémoral interne (cf. rapport de la Dre A. _____ du 22 septembre 2022, protocole opératoire du Dr P. _____ du 23 novembre 2022) ;
- Méniscope pathie dégénérative sans rupture (ménisques interne et externe) (cf. rapport de la Dre A. _____ du 22 septembre 2022) ;
- Déchirure horizontale avec une composante dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne (cf. rapport et protocole opératoire du Dr P. _____ des 21 octobre et 23 novembre 2022).

Le médecin ayant pratiqué l'infiltration au mois d'octobre 2022 a également constaté l'existence de lésions d'origine dégénérative (aspect irrégulier des contours osseux, développements ostéophytaires et pincement de l'interligne articulaire interne), visibles lors de l'arthrographie réalisée préalablement à l'infiltration (cf. rapport du Dr Q. _____ du 11 octobre 2022).

Ainsi, aussi bien la radiologue ayant réalisé l'IRM, que le médecin ayant pratiqué l'infiltration, ou encore le chirurgien ayant opéré le genou du recourant, ont posé le même diagnostic : leur patient souffre d'arthrose affectant son genou gauche, maladie d'origine dégénérative, qui était déjà à un stade avancé lorsqu'elle a été découverte peu de temps après l'événement accidentel. Le Dr Y. _____, premier médecin consulté par le recourant, semblait également de cet avis. En effet, selon les déclarations du recourant (cf. opposition du 10 juillet 2023), en sus de l'entorse mentionnée dans le document intitulé « rapport initial LAA » complété le 28 novembre 2022 à l'attention de l'intimée, ce médecin avait aussi évoqué de l'arthrose. Dans ces conditions, il est établi que le recourant souffre de gonarthrose. Reste à déterminer si cette maladie est à l'origine des lésions subies, ou si l'événement accidentel a causé celles-ci.

Deux médecins se sont prononcés sur le lien de causalité : le Dr P. _____ et la Dre R. _____. Selon celle-ci, la seule atteinte d'origine

traumatique objectivée à la lecture de l'IRM est un léger œdème au niveau du ligament latéral intérieur. Les autres lésions visibles sur l'imagerie, méniscales et cartilagineuses, résultent d'un état dégénératif arthrosique déjà avancé, qui se serait décompensé à un moment ou à un autre, même sans traumatisme. Le Dr P._____ considère au contraire qu'au vu de la sensation de craquement décrite par le recourant et de l'absence de plaintes de sa part avant l'événement accidentel du mois d'août 2022, la lésion méniscale était fortement liée au traumatisme subi, malgré la composante dégénérative.

Après avoir pris connaissance de la position de son confrère, la Dre R._____ a confirmé son analyse, en y apportant les précisions suivantes. Elle a rappelé qu'hormis un léger œdème au niveau du ligament latéral interne, l'IRM n'avait mis en évidence aucune contusion qui aurait pu être causée par un traumatisme. La gonarthrose dont souffre le recourant, qui était à un stade déjà avancé lorsqu'elle a été découverte consécutivement aux examens effectués après l'accident du 12 août 2022, a très probablement provoqué une usure progressive du ménisque. Au vu de la gravité de la maladie du recourant, aucun élément ne permettait d'admettre que la fissure méniscale se serait produite au moment de la chute. Le fait qu'il s'agissait d'une fissure horizontale, c'est-à-dire une lésion typiquement dégénérative, et non d'une lésion verticale, typiquement traumatique, renforçait sa position. Il y avait en outre lieu de se fonder sur la fissure telle que visible sur l'IRM, et non sur l'état de celle-ci visible lors de la chirurgie, puisque qu'entre ces deux événements, la fissure avait eu tout le temps de s'aggraver. Enfin, l'absence de douleurs avant la chute ne signifiait pas forcément que le ménisque n'était pas atteint. En effet, le recourant présentait également d'autres lésions d'origines dégénératives avant l'accident, qui n'avaient pas non plus causé de douleurs. Elle en a conclu que la gonarthrose avancée préexistante avait été décompensée de manière aiguë par l'accident du mois d'août 2022, le *statu quo sine* ayant été atteint au plus tard deux mois après cet événement.

L'étiologie des différentes atteintes, singulièrement de la lésion méniscale, a été analysée de manière circonstanciée et clairement expliquée par la médecin-conseil de l'intimée, qui s'est fondée sur l'ensemble des pièces du dossier pour forger son opinion, en particulier les rapports des différents médecins intervenus dans le suivi du genou du recourant et l'IRM réalisée. Elle a détaillé les éléments qui l'ont amenée à nier l'existence d'un lien de causalité. La Dre R._____ a de surcroît répondu aux arguments opposés par le Dr P._____, exposant pour quelles raisons l'absence de douleurs avant l'accident ne suffisait pas pour admettre que celui-ci aurait causé les lésions constatées lors des examens médicaux, notamment la lésion méniscale, étant au demeurant rappelé que de jurisprudence constante, 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 celui-ci (cf. consid. 3.b ci-dessus). Pour le surplus, le seul indice que constitue la sensation de craquement lors de la chute décrite par le recourant au Dr P._____ est largement insuffisant pour remettre en cause le bien-fondé des explications de la Dre R._____, le Dr P._____ ayant d'ailleurs lui-même admis que les lésions méniscales présentaient une composante dégénérative.

c) Dans ces conditions, les conclusions de la Dre R._____, dûment motivées et convaincantes, ne prêtent pas le flanc à la critique et ont été à juste titre suivies par l'intimée. Il y a dès lors lieu d'admettre que le *statu quo sine* a été atteint au plus tard deux mois après l'événement accidentel, la date du 10 octobre 2022 retenue par l'intimé pouvant ainsi être confirmée.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 21 septembre 2023 par l'intimée 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 et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ;

ATF
consid. 4b).

127

V

205

**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 21 septembre 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :