

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Wiedler et Mme Manasseh-Zumbrunnen, juges
Greffière : Mme P. Meylan

Cause pendante entre :

K. _____, 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. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], de nationalité française, au bénéfice d'un permis G UE/AELE, a été employé par l'entreprise F._____ (ci-après : l'employeur), sise à [...], en qualité de chauffeur poids lourd à 100 % dès le 1^{er} décembre 2021. A 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 ou l'intimée).

Le 9 novembre 2022, alors qu'il était en train de décharger le camion, l'assuré est tombé de la plaque élévatrice d'une hauteur d'environ 1 m 20.

Le lendemain, il s'est rendu au [...] où il a été pris en charge par le Dr Y._____, spécialiste en génétique médicale, et passé des examens radiographiques. Il ressort du rapport de radiographie du genou gauche et du pouce droit de la Dre H._____, radiologue auprès de l'hôpital précité, que les imageries réalisées ce jour-là n'ont pas révélé de lésion osseuse traumatique au niveau du pouce ou au niveau du genou gauche. Par certificat médical du 10 novembre 2022, le Dr Y._____ a attesté que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 100 % du 10 au 17 novembre 2022.

Le 14 novembre 2022, l'employeur a déclaré l'accident à la CNA. Il a notamment indiqué que l'assuré était atteint au genou gauche et aux doigts droits et qualifié les blessures de contusions. Il a également précisé que l'assuré avait interrompu son travail à la suite de l'accident, et ce dès le 10 novembre 2022.

Le 16 novembre 2022, la CNA a confirmé à l'employeur le droit de l'assuré à ses prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 10 novembre 2022 [recte : 9 novembre 2022].

Les 16, 29 novembre et 12 décembre 2022, le Dr Z._____, médecin généraliste sis à [...], a certifié que l'état de santé de l'assuré nécessitait une prolongation de son arrêt de travail à 100 %, respectivement au 28 novembre, 12 et 23 décembre 2022.

Le 13 décembre 2022, un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche a été réalisé par la Dre N._____, radiologue auprès du [...]. Il ressort de son rapport d'IRM du 13 décembre 2022 que cette imagerie a révélé un aspect inflammatoire du rétinaculum latéral à son insertion sur la patella sans signe de fracture ni lésion méniscale ainsi que des petits kystes arthrosynoviaux du compartiment médial.

Les 23 décembre 2022 et 11 janvier 2023, le Dr Z._____ a attesté que l'état de santé de l'assuré nécessitait de nouvelles prolongations de son arrêt de travail à 100 %, respectivement au 11 puis 27 janvier 2023.

L'assuré a été vu à la consultation du Dr W._____, chirurgien orthopédique et traumatologue auprès de l' [...], le 25 janvier 2023. Ce dernier a constaté que l'assuré présentait des douleurs rotuliennes au genou gauche depuis le traumatisme du 9 novembre 2022 et prescrit la réalisation d'un arthroscanner, l'IRM ayant retrouvé uniquement une inflammation de l'aile externe. Le même jour, il a prolongé l'arrêt de travail à 100 % de l'assuré jusqu'au 24 février 2023.

Lors d'un entretien téléphonique du 9 février 2023, l'assuré a notamment indiqué à la CNA que le diagnostic n'avait pas encore été précisé. Il avait toujours très mal et son genou craquait quand il descendait les escaliers ou quand il se relevait d'une position assise. Il ne bénéficiait d'aucun traitement thérapeutique particulier ; il appliquait simplement un spray anti-inflammatoire.

Le 15 février 2023, l'assuré a passé un examen d'arthroscanner du genou gauche. Il ressort du rapport y relatif du même

jour du Dr A._____, radiologue auprès de l'[...], que cet examen n'a objectivé ni fracture, en particulier rotulienne, ni fissure méniscale, mais avait mis en évidence des ulcérations cartilagineuses de 2 mm touchant la berge patellaire externe et le cartilage trochléen interne de grade 2. Le Dr A._____ retenait dès lors le diagnostic de chondropathie débutante fémoro-partellaire et fémoro-tibiale externe.

Le 22 février 2023, le Dr W._____ a à nouveau reçu l'assuré à sa consultation. Il ressort de son rapport du même jour qu'il a exposé à l'assuré les résultats de cet examen et le diagnostic retenu de chondropathie fémoro-partellaire et fémoro-tibiale externe. Il n'y avait pas de lésions méniscales, ni fracture de la rotule ; le traitement devait rester médical. Le Dr W._____ a ainsi prescrit au recourant des séances de rééducation pour faire de la physiothérapie antalgique et soulager ses contraintes fémoro-patellaires. Le même jour, il a en outre prolongé son arrêt de travail à 100 % jusqu'au 7 avril 2023, avant de lui délivrer le 3 avril suivant un nouveau certificat attestant de la nécessité d'une nouvelle prolongation de cet arrêt jusqu'au 7 mai 2023.

Le 12 avril 2023, le Dr Z._____ a établi un rapport médical initial à l'attention de la CNA. Il a constaté que l'assuré présentait des douleurs au genou gauche en cas de flexion prolongée à 90° ou lors de la marche ainsi que des douleurs chronicisées et confirmé les diagnostics de chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe du genou gauche et d'ulcérations du cartilage trochléen interne de niveau 2.

Les 5 mai et 12 juillet 2023, le Dr Z._____ a prolongé l'arrêt de travail à 100 % de l'assuré au 15 juillet, respectivement au 15 septembre 2023.

Après que la CNA lui en a confié le mandat, la Dre V._____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, s'est déterminée le 7 août 2023 au sujet de l'atteinte à la santé de l'assuré et sa causalité à l'accident professionnel. Selon son appréciation, l'accident n'avait pas entraîné, au degré de la vraisemblance

prépondérante, d'autres lésions structurelles objectivables qu'une éventuelle entorse ou contusion du pouce droit et qu'une éventuelle contusion de l'aileron rotulien externe gauche. En particulier, les radiographies du pouce droit et du genou gauche du 10 novembre 2022 n'avaient pas révélé de lésion traumatique. A l'aune de l'arthroscanner du genou gauche du 15 février 2023, réalisé sur indication d'une chondropathie rotulienne ou d'une fracture, le radiologue et le chirurgien orthopédique et traumatologue avaient conclu à une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe. Aucune lésion traumatique du genou n'avait donc été objectivée en vraisemblance prépondérante. Ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, la Dre V. _____ a considéré que les séquelles de l'accident n'avaient plus joué aucun rôle au niveau du tableau clinique à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de l'accident.

B. Par décision du 9 août 2023, la CNA a mis un terme au 9 août 2023 au versement des prestations d'assurance à l'assuré, au motif que les troubles persistants alors n'avaient plus aucun lien avec l'accident. Selon l'appréciation de la médecine d'assurance, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident du 10 novembre 2022 pouvait être considéré comme atteint depuis le 10 janvier 2023 au plus tard.

Par courrier du 5 septembre 2023, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a contesté la conclusion de la CNA selon laquelle les troubles persistants alors n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 10 novembre 2022. Il a notamment exposé qu'il n'avait jamais eu de douleurs au genou gauche avant cet accident et allégué souffrir depuis de douleurs persistantes au niveau de ce genou, en particulier lors d'activités requérant sa flexion. Il a soutenu, en substance, que l'établissement postérieur à l'accident du diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe démontrait un lien direct entre l'accident et sa condition actuelle. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit une copie d'un certificat du 15 décembre 2023 du Dr Z. _____ prolongeant l'arrêt de travail à 100 % de l'assuré au 15 février 2024, ainsi

qu'une copie du rapport du 28 août 2023 du Dr W._____, dont on extrait ce qui suit :

« [...] [ndlr. K._____] me dit avoir été victime d'un traumatisme du genou gauche le 09/11/2022. L'IRM est en faveur d'une souffrance de l'aileron rotulien externe. J'ai fait réaliser un arthroscanner qui met en évidence une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe. Cette chondropathie a été décompensée lors du traumatisme. [...] ».

A la suite de la réception de l'opposition et des pièces médicales produites à son appui, la CNA a soumis une nouvelle fois le dossier à la Dre V._____ et lui a demandé de se déterminer de manière complémentaire.

Le 9 novembre 2023, la Dre V._____ a précisé son appréciation médicale comme suit, non sans avoir préalablement présenté un résumé détaillé des pièces médicales au dossier dont le rapport du 28 août 2023 du Dr W._____ :

« [...]

Il s'agit d'un assuré âgé de 43 ans au moment des faits, travaillant comme chauffeur poids lourds qui déclare le 14.11.2022 être tombé le 10.11.2022 et s'être fait mal au genou gauche et un doigt à droite. Des blessures déclarées sont des contusions [sic].

[...]

L'IRM du 13.12.22 retrouve uniquement une inflammation de l'aileron rotulien externe à son insertion sur la patella sans signe de fracture ni de lésion méniscale mais des kystes arthro-synoviaux extra-articulaires du compartiment médial. Il n'y a aucune lésion traumatique osseuse, ligamentaire ou méniscale mais la présence d'une irrégularité cartilagineuse au niveau de la rotule externe dont le cartilage est fibrillaire et dont le cartilage en vis-à-vis du condyle fémoral externe paraît aminci. Il y a une image inflammatoire également dans les tissus sous-cutanés sur le bord interne de la rotule mais aucune image de déchirure du rétinaculum interne de la rotule. La présence d'une hyperactivité sous cutanée pré-rotulienne (séquence 4001 image 15) est compatible avec une hypervascularisation inflammatoire d'origine indéterminée chez un assuré [...] qui est chauffeur de poids lourds.

Le 22.02.23, un arthro-scanner a mis en évidence selon le médecin une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe sans lésion méniscale ni fracture et un traitement médical est poursuivi avec une infiltration par visco-supplémentation du genou gauche.

Le Dr W._____, orthopédiste, le recevra le 22.02.23 pour des douleurs rotuliennes, confirmant dans son rapport du 22.02.23 une chondropathie F-P et F-T externe ne faisant aucunement mention de lésion traumatique.

Un bilan radiographique standard en charge du genou gauche du 10.11.2022 ne nous indique pas de lésion arthrosique évidente au niveau des rotules ou des compartiments fémoro-tibiaux y compris dans les incidences de Schuss, ni de fracture.

[...]

Notre avis dans l'état est qu'il s'agit d'une maladie cartilagineuse du compartiment fémoro-patellaire et F-T [ndlr. fémoro-tibial] externe avec un aspect inflammatoire du retinaculum latéral qui est épaissi à son insertion sur la patella et d'une atteinte dégénérative chronique avec des kystes arthro-synoviaux du compartiment F-T interne, à l'extérieur du plan capsulo-ligamentaire. Sans œdème osseux ou sous chondral en regard (à l'IRM), les lésions cartilagineuses rotuliennes et fémorales, stade 2 à l'arthroscanner, ne peuvent être expliquées par le traumatisme pour le moins de façon probable.

D'un point de vue médical il y a tout au plus eu une contusion simple des tissus mous sous-cutanés pour une durée de 1 mois [...] ».

Par décision sur opposition du 21 décembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition formée le 5 septembre 2023 par l'assuré. Elle a retenu que la Dre V._____ s'était fondée sur les pièces médicales du dossier - à savoir les rapports radiologiques des 10 novembre, 13 décembre 2022 et 15 février 2023, le rapport de consultation initial du 12 avril 2023, ainsi que les rapports de consultations des 25 janvier, 22 février et 28 août 2023 - et considéré que ses conclusions, claires et motivées, reposaient sur une prise de connaissance approfondie du dossier. Elle devait ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports médicaux versés au dossier, en particulier celui du 28 août 2023 du Dr W._____, ne mettaient en évidence aucun indice concret allant à l'encontre des conclusions de la Dre V._____, lesquelles méritaient donc d'être suivies. Que le genou gauche de l'assuré n'ait pas été douloureux avant son accident, mais seulement depuis lors, ne permettait au reste pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en la matière. La décision du 9 août 2023 devait donc être confirmée et l'opposition rejetée.

C. Par acte du 30 janvier 2024, K._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu implicitement à sa réforme en ce sens qu'il lui soit versé des prestations de l'assurance-accidents obligatoire après le 9 août 2023. Il a soutenu qu'il souffrait d'une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe en lien de causalité avec l'accident professionnel dont il avait été victime le 9 novembre 2022. Il s'est prévalu du rapport du 28 août 2023 du Dr W._____ ainsi que du certificat du 15 décembre 2023 du Dr Z._____.

Le 8 février 2024, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a constaté que le recourant n'avait allégué aucun nouveau grief ni produit de nouveaux moyens de preuve et renvoyé à sa décision sur opposition du 21 décembre 2023 dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

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 obligatoire au-delà du 9 août 2023.

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 dommageable à la santé doit pouvoir être rattachée à la cause extérieure extraordinaire par un lien de causalité naturelle et adéquate (Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless (édit.), Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 48 ad art. 4 LPGa et les arrêts cités).

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

b) Les rapports et expertises établis par les médecins du service médical d'un assureur ont pleine valeur probante tant qu'ils apparaissent concluants, qu'ils sont sérieusement motivés, qu'ils ne

contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur fiabilité (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

c) Il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minime, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (TF 8C_454/2023 du 19 décembre 2023 consid. 4.1.2 ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

5. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mis fin aux prestations d'assurances le 9 août 2023 au motif que ses troubles au genou gauche n'étaient, au-delà de cette date, plus en lien de causalité avec l'évènement du 9 novembre 2022.

a) Il convient d'emblée de relever que l'intimée ne conteste pas que cet évènement constitue un accident.

b) A l'instar de l'intimée, la Cour de céans constate que l'appréciation médicale de la Dre V._____ est fondée sur une étude complète des pièces du dossier. Les faits pertinents y sont établis sur la base de la déclaration de sinistre, des rapports de consultation, des rapports d'imagerie, des notes d'entretien téléphonique de l'intimée avec le recourant, ainsi que du rapport du 28 août 2023 du Dr W._____. Les plaintes du recourant relatives à ses douleurs persistantes au genou gauche et leurs conséquences fonctionnelles y sont consignées. Quoique succinctement, une anamnèse y est présentée. Au moment de préciser son appréciation de la situation médicale du recourant, la Dre V._____ a notamment examiné les imageries et constaté que celles-ci faisaient toutes état de problématiques dégénératives et non traumatologiques. Ainsi, elles n'avaient révélé aucune fracture ni lésion méniscale. En particulier, l'IRM réalisé à un mois de l'accident ne montrait aucune anomalie traumatique osseuse, ligamentaire ou méniscale, mais la présence d'une irrégularité cartilagineuse au niveau de la rotule externe ainsi qu'une inflammation de l'aileron rotulien externe ; l'arthroscanner du 15 février 2023 avait mis en évidence la chondropathie susmentionnée. Aucun rapport de consultation n'ayant au demeurant consigné le constat d'un épanchement articulaire ou d'un hématome, mais seulement les plaintes du recourant concernant des douleurs en cas de flexion prolongée à 90° ou lors de la marche, la Dre V._____ a retenu que ce dernier présentait une maladie cartilagineuse du compartiment fémoro-patellaire et fémoro-tibial externe avec un aspect inflammatoire du retinaculum latéral et une atteinte dégénérative chronique avec des kystes arthro-synoviaux du compartiment fémoro-tibial interne. Elle a encore expliqué que les lésions cartilagineuses rotuliennes et fémorales ne pouvaient être expliquées par le traumatisme pour le moins de façon probable. Du point de vue médical, il y avait tout au plus eu, pendant un mois à compter de l'accident, une contusion simple des tissus mous sous-cutanés. A l'aune de ce qui précède, l'appréciation médicale de la Dre V._____ doit être

qualifiée de claire et dûment motivée. Une pleine valeur probante peut lui être attribuée.

c) Le recourant ne se prévaut d'aucun avis médical remettant en cause les constatations convaincantes du 9 novembre 2023 de la Dre V._____. Il se limite à produire devant la Cour de céans copie du rapport médical qu'il avait remis à l'intimée à l'appui de son opposition, à savoir celui du 28 août 2023 du Dr W._____, ainsi qu'un certificat d'arrêt de travail du 15 décembre 2023 du Dr Z._____.

S'agissant du certificat d'arrêt de travail du 15 décembre 2023 du Dr Z._____, force est de constater qu'il ne fait état que d'une incapacité de travail, sans que celle-ci ne soit motivée sur le plan médical. Il en va par ailleurs de même des premiers certificats dressés le 10 novembre 2022 par le Dr Y._____ ainsi que le 29 novembre 2022 par le Dr Z._____. Ces certificats d'arrêt de travail ne disent mot de l'atteinte à la santé subie par le recourant ni *a fortiori* du rapport de causalité qui lierait pareille atteinte à l'accident.

Quant au rapport du 28 août 2023 du Dr W._____, ce dernier y a certes indiqué que « [la] chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe a[vait] été décompensée lors du traumatisme ». Il n'a néanmoins pas motivé cette constatation. On ignore dès lors les éléments qui auraient justifié pareille conclusion. En particulier, comme l'a notamment exposé la Dre V._____, si le diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe a été déduit de l'examen de l'arthroscanner réalisé le 15 février 2023 par le Dr A._____, il ne ressort pas du rapport de ce radiologue que cette imagerie aurait objectivé une fracture rotulienne ou une quelconque lésion méniscale. Le même constat s'impose à la lecture du rapport d'IRM du 13 décembre 2022 de la Dre N._____. Lors de sa consultation du 22 février 2023, le Dr W._____ a d'ailleurs exposé au recourant que le traitement devait rester médical, c'est-à-dire qu'un traitement par physiothérapie antalgique notamment devait être préféré à une quelconque intervention chirurgicale, étant en outre rappelé que le recourant ne bénéficiait à cette date plus d'aucun

autre traitement thérapeutique que celui consistant en l'application d'un spray anti-inflammatoire. Faute pour le Dr W. _____ d'avoir motivé les raisons pour lesquelles il était d'avis que la chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale externe avait été décompensée lors du traumatisme, on ne saurait attribuer à cette appréciation un caractère probant. Par surabondance, on constate, d'une part, que ce chirurgien orthopédiste et traumatologue n'indique pas que la chondropathie susmentionnée ne serait pas survenue sans le traumatisme, mais seulement qu'elle aurait été décompensée par celui-ci, et, d'autre part, qu'il ne dit mot quant à l'évolution dans la durée de cette décompensation.

A cela s'ajoute que la Dre V. _____ a, quant à elle, motivé en détail et de manière convaincante pourquoi elle considérait que les lésions cartilagineuses rotuliennes et fémorales, de stade 2 à l'arthroscanner, ne pouvaient pas être expliquées, à tout le moins de façon probable, par le traumatisme : aucun œdème osseux ou sous chondral n'avait été objectivé par l'IRM du genou gauche du 13 décembre 2022, réalisée à un mois de l'évènement accidentel.

L'intimée n'a donc pas violé le droit fédéral lorsqu'elle a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation médicale détaillée de la Dre V. _____.

A la suite de la remise au recourant de cette appréciation, jointe par l'intimée à sa décision sur opposition du 21 décembre 2023, le recourant n'a au demeurant produit aucune pièce médicale nouvelle à teneur de laquelle l'hypothèse d'une décompensation ensuite de l'évènement accidentel du 9 novembre 2022 eût été motivée.

Or, pour les motifs qui précèdent, la Cour de céans considère, à l'instar de l'intimée, que ni l'avis du Dr W. _____, tel qu'il ressort de son rapport du 28 août 2023, ni la prolongation de l'arrêt de travail du recourant par le Dr Z. _____ le 15 décembre 2023, ne sont propres à

faire naître un quelconque doute quant à la fiabilité ou la pertinence de l'appréciation de la Dre V. _____, laquelle peut donc être retenue.

d) Pour le surplus, contrairement à ce que semble croire le recourant, le simple fait qu'il présente des douleurs à son genou gauche qui n'existaient pas avant l'accident ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle entre ces douleurs et cet accident (cf. *supra* consid. 3b).

e) La Cour de céans observe au demeurant qu'au titre des blessures des suites de l'accident, seules des contusions ont été mentionnées par l'employeur au moment de la déclaration d'accident du 14 novembre 2022. Il apparaît ainsi que le recourant lui-même n'avait alors pas considéré subir des conséquences durables du fait de l'accident.

f) En définitive, l'intimée était fondée à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles persistants au genou gauche n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 9 novembre 2022 au-delà du 10 janvier 2023, si bien qu'il devait être mis fin au versement en faveur du recourant de prestations de l'assurance-accidents avec effet au 9 août 2023.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 21 décembre 2023 de 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 au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 21 décembre 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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 :

- K. _____,
- 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 :