

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Livet, juge, et Hempel-Bruder, assesseure
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité d'aide-machiniste pour le compte de la société [...] SA depuis le [...]. A ce titre, il est assuré 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 25 novembre 2021, l'assuré a glissé sur un chantier et a ressenti des douleurs à l'épaule gauche. Il a présenté une incapacité totale de travail dès le 5 décembre 2021. Cet événement a été déclaré le 8 décembre 2021 à la CNA (n° de sinistre [...]), laquelle a pris en charge ses suites.

L'assuré a repris son activité professionnelle à plein temps le 21 février 2022.

Le 5 octobre 2022, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA une rechute de cet accident, faisant état d'une nouvelle incapacité de travail à compter du 19 septembre 2022.

Par décision du 29 avril 2024, confirmée sur opposition le 31 juillet 2024, la CNA, se fondant sur l'avis de sa médecin-conseil, la Dre X._____, a refusé la prise en charge de cette rechute. Saisie par l'assuré le 17 septembre 2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a déclaré le recours irrecevable dans un arrêt du 24 janvier 2025 (cause AA 109/24 - 15/2025).

B. Dans l'intervalle, U._____ a été victime d'une chute le 5 septembre 2023 sur un chantier, se tordant le genou gauche. Son employeur a signalé cet événement à la CNA le 15 novembre 2023 (n° de sinistre [...]), laquelle a pris en charge ses suites.

Dans le cadre de la procédure, la CNA a recueilli divers documents, dont :

- un rapport d'arthroscanner de l'épaule gauche du 19 octobre 2023, lequel montrait « *une déchirure labrale de la partie supéro-postérieure jusqu'au 3h00 du quadrant supéro-antérieur avec amincissement du cartilage de la partie antéro-supérieure de la glène* », une « *[t]rès discrète tendinopathie à l'insertion du tendon infra-épineux* », une « *[t]rophicité [...] excellente des muscles de la coiffe* » et un « *[o]s acromial comme variante anatomique* » ;
- un rapport d'infiltration sous ultrason du genou gauche du 15 novembre 2023, lequel écartait une déchirure du ligament latéral interne, tout en mettant en évidence une gonarthrose du compartiment médial, une probable méniscopathie médiale sans kyste péri-méniscal et une tendinite de la patte d'oie ;
- une série de certificats médicaux attestant une incapacité de travail de 100 % dès le 28 novembre 2023 ;
- un rapport de radiographie de genou gauche du 14 décembre 2023 faisant état d'un rapport anatomique préservé et d'une patella centrée, tout en relevant l'absence d'épanchement articulaire et de liseré calcique dans les interlignes articulaires ;
- un rapport du même jour du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, suspectant une lésion méniscale interne du genou gauche ;
- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou gauche du 10 janvier 2024, lequel concluait à une tendinite distale du quadriceps, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur, un kyste polylobulé du ligament croisé postérieur, une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec un bras court orienté vers la surface supérieure et un bras long horizontal et orienté vers la face inférieure de la corne postérieure (avec un œdème au point d'angle postéro-interne, probablement instable) et un petit kyste de Baker s'étendant dans le muscle semi-membraneux, sans rupture, tout en excluant une déchirure du pivot central et de l'appareil suspenseur, ainsi qu'une lésion osseuse traumatique ;
- un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 15 janvier 2024, lequel soulignait une « *[l]ésion labrale supérieure, postérieure et*

antérieure entre l'axe de 11h et l'axe de 3h avec persistance d'un foramen sous-labral », une « [d]échirure quasi transfixiante de la partie centrale et distale du supra-épineux avec un diastasis d'environ 9 mm », une « [a]rthropathie acromio-claviculaire, [une] bursite sous-acromiale et [un] Impingement sur la jonction myotendineuse du supra-épineux », un « os acromial comme variante anatomique » et une « [t]rophicité normale de la coiffe des rotateurs » ;

- un rapport du 18 janvier 2024 du Dr Z._____, lequel posait le diagnostic de lésion méniscale interne du genou gauche ; et
- un rapport du 22 mars 2024 de la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle reprenait le diagnostic précité.

Les 15 avril et 14 mai 2024, l'assuré a été opéré du genou et de l'épaule gauches.

Dans une appréciation médicale du 25 juillet 2024, la Dre X._____ a soutenu que l'assuré présentait des lésions dégénératives au niveau du genou gauche déjà avant l'accident du 5 septembre 2023. Ce dernier avait tout au plus entraîné une contusion avec entorse bénigne, laquelle guérissait dans un délai de quatre à six semaines. L'incapacité de travail débutée le 28 novembre 2023 n'avait dès lors plus aucun lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé.

Par rapport du 26 juillet 2024, les Drs C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], médecin assistant auprès de [...], ont retenu le diagnostic de tendinopathie rompue du supraépineux, tendinopathie du long chef du biceps et conflit sous-acromial de l'épaule gauche.

Par décision du 14 octobre 2024, la CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance-accidents au 12 juin 2024 au soir.

Le 21 octobre 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision. A l'appui de son argumentation, il a joint un rapport du 21 août 2024 du

Dr Z._____, lequel affirmait que l'opération du genou gauche du 15 avril 2024 concernait l'accident de 2023, et un rapport du 26 août 2024 de la Dre Q._____, laquelle estimait que les douleurs et les limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule et du genou gauches étaient directement liées à cet événement.

Dans une appréciation médicale du 8 janvier 2025, la Dre X._____ a corroboré ses précédentes conclusions, tout en expliquant que l'accident du 5 septembre 2023 n'avait pas impacté l'épaule gauche de l'assuré.

Par décision sur opposition du 12 mars 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a modifié sa décision du 14 octobre 2024 en ce sens que la prise en charge des interventions des 15 avril et 14 mai 2024 et de leurs suites était refusée, tout en précisant qu'il était renoncé à exiger la restitution des montants versés à tort jusqu'à ce jour. Elle a confirmé cette décision pour le surplus.

C. Le 28 avril 2025, U._____ a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Outre les rapports des 21 et 26 août 2024 des Drs Z._____ et Q._____, il a produit un rapport du 13 août 2024 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel indiquait que l'opération de l'épaule gauche du 14 mai 2024 concernait l'accident du 5 septembre 2023.

Par réponse du 15 mai 2025, la CNA a conclu au rejet du recours.

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 - compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - 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 pour la période au-delà du 12 juin 2024, ainsi qu'à la prise en charge des interventions des 15 avril et 14 mai 2024 et de leurs suites.

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).

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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, le recourant a été victime, le 5 septembre 2023, d'une chute sur un chantier et s'est tordu le genou gauche. Il a bénéficié d'une infiltration sous ultrason de cette articulation le 15 novembre 2023. L'examen échographique mené à cette occasion a ainsi

révélé une gonarthrose du compartiment médial, une probable méniscopathie médiale sans kyste péri-méniscal et une tendinite de la patte d'oie, tout en écartant une déchirure du ligament latéral interne. Le recourant s'est retrouvé en incapacité totale de travailler dès le 28 novembre 2023. Une radiographie de genou gauche a été effectuée le 14 décembre 2023, laquelle a mis en évidence un rapport anatomique préservé, une patella centrée et l'absence d'épanchement articulaire et de liseré calcique dans les interlignes articulaires. Le Dr Z._____, suspectant alors une lésion méniscale interne du genou gauche, a requis une IRM, laquelle a été réalisée le 10 janvier 2024 et a montré une tendinite distale du quadriceps, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur, un kyste polylobulé du ligament croisé postérieur, une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne et un petit kyste de Baker s'étendant dans le muscle semi-membraneux, sans rupture, tout en excluant une lésion osseuse traumatique ou une déchirure du pivot central et de l'appareil suspenseur. Sur la base de ce résultat d'imagerie, ce spécialiste a confirmé le diagnostic de lésion méniscale interne du genou gauche et a proposé au recourant de procéder à une arthroscopie. Cette intervention a été effectuée le 15 avril 2024. Au vu de ces éléments, la CNA a soumis le cas à sa médecin-conseil, la Dre X._____. Cette dernière a estimé, dans ses appréciations médicales des 25 juillet 2024 et 8 janvier 2025, que l'accident de septembre 2023 avait uniquement entraîné une contusion avec entorse bénigne du genou gauche, laquelle guérissait dans un délai de quatre à six semaines. Les douleurs à l'épaule gauche dont se plaignait le recourant n'étaient du reste pas liées à cet événement.

b) Cela étant, il convient de reconnaître une pleine valeur probante aux appréciations médicales susmentionnées de la Dre X._____. Ces dernières traitent en effet de manière circonstanciée des points litigieux, soit, principalement, de la question de la causalité naturelle des atteintes au genou et à l'épaule gauches avec l'accident du 5 septembre 2023, et ont été établies en pleine connaissance du dossier, en particulier des nombreux rapports d'imagerie et des rapports des médecins traitants. A ce titre, il convient de rappeler que la jurisprudence

n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical lorsque - comme c'est en l'occurrence le cas - le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'avis médicaux établis sur la base d'un examen concret (cf. TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2). Les appréciations médicales de la médecin-conseil de l'intimée tiennent en outre compte du déroulement de l'accident - tel qu'il ressort notamment de la déclaration de sinistre du 15 novembre 2023 et des rapports des 14 décembre 2023 et 22 mars 2024 des Drs Z._____ et Q._____, à savoir le fait que le recourant avait chuté en portant une charge lourde (un passage) et s'était tordu le genou gauche -, ainsi que des plaintes de l'intéressé relatives à ses douleurs à cette articulation et à l'épaule gauche. La Dre X._____ a enfin apprécié la situation médicale de façon claire et bien motivé ses conclusions. Sur ce dernier point, elle a exposé, dans son appréciation du 8 janvier 2025 - doctrine médicale à l'appui -, que le recourant souffrait d'une lésion dégénérative du ménisque. L'accident n'avait ainsi provoqué aucune lésion structurelle. Tout au plus, il avait révélé, ce plus de deux mois après, des lésions préexistantes au genou gauche, lorsqu'une languette instable s'était déplacée de manière indépendante. Le recourant était alors devenu symptomatique et une opération visant à réinsérer cette languette avait été réalisée, un traitement conservateur n'étant pas indiqué. Au final, l'événement de 2023 n'était à l'origine que d'une contusion avec entorse bénigne, atteinte qui guérissait dans un délai de quatre à six semaines. Le recourant avait à cet égard poursuivi son activité lourde sur les chantiers jusqu'au 28 novembre 2023. Or un tel travail n'aurait pas été possible dans l'hypothèse où il aurait été victime d'une lésion structurelle du genou, telle qu'une déchirure traumatique du ménisque. S'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche, la description du déroulement de l'accident ne permettait pas d'inférer une quelconque blessure traumatique à cette articulation, seul le genou gauche ayant été touché à cette occasion. Le Dr Z._____ - à l'instar du Dr C._____ d'ailleurs - avait de surcroît fait état, dans son rapport du 14 décembre 2023, d'un problème chronique de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de cette épaule, soit une atteinte de nature

dégénérative. Le recourant présentait donc une lésion chronique de cette articulation, laquelle était antérieure à l'accident de septembre 2023.

c) Les rapports établis les 13, 21 et 26 août 2024 par les Drs N._____, Z._____ et Q._____ - produits avec le recours du 28 avril 2025 - ne sont au demeurant pas à même de jeter le doute sur les conclusions de la médecin-conseil de l'intimée. Les deux premiers avis se contentent en effet de mentionner que le recourant a subi deux opérations du genou et de l'épaule gauches respectivement les 15 avril et 14 mai 2024 et que ces dernières concernaient l'événement de 2023, sans plus d'explications. Quant au rapport de la Dre Q._____ indiquant notamment que son patient avait pu continuer à travailler entre 2021, date du premier accident, et 2023, il se fonde sur un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* (cf. *supra* consid. 3b *in fine*), ce qui est insuffisant.

d) Dès lors, au regard de ce qui précède, force est de constater que l'accident du 5 septembre 2023 a cessé de déployer ses effets - autrement dit, que le *statu quo sine vel ante* a été atteint (cf. *supra* consid. 3d) - six semaines au plus tard, à savoir à la mi-octobre 2023. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais des opérations des 15 avril et 14 mai 2024 et a mis fin au versement des prestations de l'assurance-accidents au 12 juin 2024.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 12 mars 2025 par l'intimée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} 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 12 mars 2025 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- U. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :