

S2 24 63

ARRÊT DU 12 MAI 2025

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

X _____, recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 4 LPGA et art. 6 LAA ; fin du droit aux indemnités journalières ; notion d'accident)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1970, travaillait depuis le 1^{er} octobre 2021 en tant qu'installateur sanitaire auprès de l'entreprise A _____ SA. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ; pièce CNA 1).

B. Le 23 janvier 2023, l'employeur a annoncé à la CNA un sinistre ayant eu lieu le 18 janvier précédent sur un chantier à Sierre. Selon la déclaration de sinistre, l'assuré a protégé le sol avec une plaque de sagex et gainé, à genoux, le carrelage de la salle de bain pour remplacer des tuyaux. Ce faisant, un débris a pénétré dans son genou gauche. Le travail a été interrompu dès le lendemain (pièces CNA 1 s.).

Par correspondance du 26 janvier 2023, la CNA a informé l'assuré qu'il avait droit à une indemnité journalière de 158 fr. 25 par jour calendaire, avec effet dès le début de l'incapacité de travail mais au plus tôt dès le 21 janvier 2023 (pièce CNA 4).

Le 28 février 2023, l'Hôpital du Valais a transmis à la CNA le rapport de consultation aux urgences du 20 janvier 2023 ainsi que le rapport de consultation orthopédie du 31 du même mois. Dans le premier document, la Dresse B _____, médecin hospitalier auprès de la permanence médico-chirurgicale du Centre Hospitalier du Valais Romand (ci-après : CHVR), a indiqué que l'assuré était connu pour une bursite pré-patellaire chronique opérée. Une douleur était apparue brutalement 12 à 24 heures plus tôt au niveau de la base de la rotule du genou droit (recte : gauche) avec une petite dermabrasion antérieure. L'intéressé avait une impression de corps étranger sous-cutané. La doctoresse a notamment mis en avant le fait qu'il avait déjà subi de multiples opérations du genou. L'examen clinique a révélé une hyperkératose de la face antérieure du genou en regard de la rotule ainsi qu'une hyperhémie au niveau de la zone à la base de la rotule. La palpation locale était douloureuse et légèrement plus chaude. La palpation postérieure du genou était en revanche indolore. Une radiographie du genou avait montré de l'arthrose FT interne modérée avec volumineuse bursite pré-patellaire sans CE associé (pièce CNA 11). Il ressort du second rapport que l'assuré décrivait des douleurs du genou gauche survenues après sa journée de travail du 18 janvier 2023. Le Dr C _____, médecin adjoint au sein du Service d'orthopédie-traumatologie du CHVR, a diagnostiqué, en plus de la bursite pré-patellaire chronique, une suspicion de lésion méniscale interne (pièce CNA 12).

Suite à l'IRM du genou gauche du 9 février 2023, la Dresse D _____, Cheffe de clinique adjointe du Service d'imagerie diagnostique et interventionnelle du CHVR, a fait état d'une chondropathie fémoropatellaire et fémorotibiale interne de stade IV selon Outerbridge ainsi que d'une dégénérescence méniscale interne associant des anomalies de signal de grade 2a et minime extrusion méniscale, sans fissure évidente. A la comparaison avec une IRM du 25 août 2019, la doctoresse a constaté une légère augmentation en taille d'un enchondrome de la région diaphysométaphysaire distale du fémur (13 mm versus 6 mm ; pièce CNA 14).

Le 17 février 2023, le Dr C _____ a expliqué que l'assuré présentait toujours d'importantes douleurs mécaniques du genou malgré un traitement conservateur. En raison d'épisodes de blocage itératif, il recommandait une intervention (pièce CNA 40). Une toilette articulaire pré-arthrose du genou gauche a ainsi été pratiquée par arthroscopie le 10 mars 2023. Le Dr C _____ a constaté une chondropathie de grade II et II selon Outerbridge dans le compartiment fémoro-patellaire ainsi qu'une chondropathie de grade II et une frange méniscale débridée dans le compartiment fémoro-tibiale interne (pièces CNA 26 et 33).

Dans son rapport du 2 juin 2023, le Dr C _____ a indiqué que l'assuré présentait une boiterie antalgique du côté gauche et une amyotrophie quadricipitale. Des douleurs étaient ressenties à la palpation de l'ensemble du tendon rotulien en quadricipital, ainsi qu'en péripatellaire. L'extension provoquait également d'importantes douleurs et la contraction du muscle vaste interne était amoindrie (pièce CNA 33).

Répondant aux questions de la CNA, la Dresse E _____, médecin praticien et médecin d'assurance, a relevé qu'en l'état du dossier, aucun corps étranger sous cutané ou intra-articulaire n'avait été trouvé. En outre, les troubles dont se plaignait l'assuré n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 7 avril 2006 (bursite chronique du genou gauche opérée à 4 reprises), puisqu'il présentait des lésions dégénératives (chondropathie fémoropatellaire et fémoro-tibiale interne de stade IV selon Outerbridge, dégénérescence méniscale interne associant des anomalies de signal de grade 2a et minime extrusion méniscale, sans fissure évidente) sans rapport avec une bursite. En effet, les lésions dégénératives étaient intra-articulaires alors que la bursite était extra-articulaire et n'avait pas entraîné les lésions préexistantes (pièce CNA 46).

Le 18 août 2023, le Dr F _____, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale et médecin d'assurance, a quant à lui rapporté que les examens

radiologiques n'avaient pas confirmé la présence de corps étranger dans le genou gauche, mais avaient mis en évidence des troubles dégénératifs importants (chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne), ainsi qu'une atteinte de la corne postérieure du ménisque interne, chez une personne qui avait subi sept interventions sur son genou gauche et qui présentait une décompensation de sa musculature quadricipitale et une bursite prépatellaire chronique dans un contexte d'hyperuricémie. Les douleurs au niveau du genou gauche étaient donc parfaitement explicables, mais aucune des pathologies décrites n'était constitutive d'une maladie professionnelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA ; pièce CNA 47).

Dans un rapport du 22 septembre 2023, le Dr G _____, médecin chef de clinique spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), a mentionné que l'assuré avait eu une entorse du genou gauche sur un chantier, avec une pièce de carrelage qui s'était enfoncée dans le genou et que l'intéressé aurait retiré tout seul. Il se plaignait de douleurs dans la région patellaire et du tendon quatricipital ainsi que d'une faiblesse très importante du membre inférieur gauche, en particulier de son quadriceps. Les douleurs ressenties au repos s'accroissaient à la montée ou la descente d'escaliers. Le médecin a retenu que l'intéressé présentait une douleur rétro-patellaire importante associée à une amyotrophie marquée du quadriceps gauche. Dans ce contexte, il indiquait que l'exacerbation des douleurs fémoro-patellaires était secondaire au déconditionnement musculaire en particulier de la chaîne antérieure. L'assuré présentait aussi un épanchement significatif qui pouvait contribuer à la réduction des amplitudes articulaires du genou gauche constatées. Le Dr G _____ a noté que l'exacerbation des douleurs au genou, au niveau patellaire, pouvait être justifiée par la chondropathie fémoro-patellaire associée à une stabilisation insuffisante de la rotule à cause de l'amyotrophie du quadriceps. Il préconisait un séjour de rééducation stationnaire de quatre à six semaines dans le but notamment de renforcer le quadriceps gauche, d'assouplir les chaînes musculaires postérieures et de travailler sur l'équilibre et la proprioception (pièce CNA 59).

C. Par courrier du 16 octobre 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle revenait sur son obligation de verser des prestations et mettait fin au versement des indemnités journalières le jour même dans la mesure où sa précédente appréciation était incorrecte. En comparant les conditions requises pour l'octroi de prestations aux faits et constatations médicales ressortant du dossier, il apparaissait qu'il ne s'agissait ni d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Renonçant à exiger la

restitution des prestations déjà versées, la CNA a recommandé à l'assuré d'annoncer le cas à son assurance maladie pour la suite du traitement (pièce CNA 65). Les indemnités journalières ont finalement été versées jusqu'au 31 octobre 2023 (pièce CNA 70).

L'assuré a contesté cette prise de position par courrier du 27 octobre 2023 (envoyé le 4 décembre 2023), faisant valoir, en substance, qu'il n'y avait pas eu d'expertise médicale pour définir s'il s'agissait d'un accident ou d'une maladie et qu'il ne comprenait pas la décision de la CNA car il avait déjà été opéré huit fois du genou et que cela avait toujours été considéré comme de l'accident (pièce OAI 77).

En date du 22 décembre 2023, la CNA a transmis les appréciations des Drs E _____ et F _____ à l'assuré, lui octroyant un délai pour l'informer s'il souhaitait maintenir sa contestation et ainsi obtenir une décision formelle (pièce CNA 78). N'ayant pas eu de nouvelles de l'intéressé, la CNA a annoncé clôturer la procédure de contestation par courriel du 25 janvier 2024 (pièce CNA 89). L'assuré a immédiatement répondu qu'il faisait opposition à la lettre de la CNA, argumentant qu'un morceau de carrelage de 2 cm sur 1 cm était resté dans son genou gauche, qu'il l'avait enlevé lui-même et qu'il y avait une petite fracture (pièce CNA 80). Dans un courriel du même jour, il a encore demandé à l'assurance de faire le nécessaire s'agissant d'un paiement auquel il avait droit et qu'elle n'avait jamais effectué (IPAI supplémentaire de 22.5% ; pièce CNA 81).

Après que la CNA ait confirmé maintenir sa décision de refus, l'assuré a directement réitéré sa volonté de faire opposition. Il a mentionné qu'il allait contacter le tribunal car il s'agissait bien d'un ancien accident, ce qui avait été confirmé par le Groupe Mutuel dans une expertise du 30 janvier 2024. Il fallait dès lors considérer le cas comme une maladie professionnelle (pièces CNA 82 s.).

Le 14 février 2024, la CNA a rendu une décision confirmant la fin du versement des prestations d'assurance au 16 octobre 2023 et la renonciation à exiger la restitution de celles versées jusqu'à cette date. La décision a aussi été notifiée au Groupe Mutuel, en tant qu'assureur perte de gain maladie de l'intéressé.

D. L'assuré a fait opposition à la décision précitée en date du 3 mars 2024, indiquant qu'il s'était retrouvé au travail avec un problème au genou gauche qui était peut-être dû à d'anciennes opérations. Il a rappelé qu'il travaillait beaucoup à genou. Concernant l'évènement du 18 janvier 2023, il a expliqué qu'il s'était coincé un bout de carrelage dans le genou, qu'il y avait eu une infection et qu'il avait perdu son muscle gauche. Il n'avait plus de force dans sa jambe et avait des difficultés pour monter les escaliers. Il

lui arrivait même de tomber. Ces problèmes étaient équivalents à ceux qu'il avait déjà rencontrés par le passé et qui avaient toujours été considérés comme des accidents. Il ne comprenait pas comment la CNA pouvait affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un accident ou d'une maladie professionnelle, ni pourquoi elle voulait changer sa position alors qu'elle lui versait une rente depuis 2014 (pièce CNA 88).

Dans son appréciation médicale complémentaire du 11 avril 2024, la Dresse E _____ a relevé que selon le rapport de consultation des urgences du 20 janvier 2023, seule une petite dermabrasion avait été constatée. Le bilan biologique ne mettait pas en évidence de syndrome infectieux (CRP négative, leucocytes normaux et absence de fièvre). Elle a en outre démontré que les gonalgies du genou gauche annoncées en janvier 2023 n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 18 janvier 2023, ni avec celui du 7 avril 2006 ou encore celui du 3 septembre 2020, mais en lien avec une atteinte préexistante de nature dégénérative, à savoir une chondropathie de grade II à III selon Outerbridge au niveau du compartiment fémoro-patellaire et de grade III au niveau du compartiment fémoro-tibial interne avec dégénérescence du ménisque interne. S'agissant de l'évènement de 2006, l'assuré présentait une bursite opérée à plusieurs reprises, soit une structure extra-articulaire qui était donc sans rapport avec l'atteinte dégénérative dans l'articulation. Si le sinistre du 18 janvier 2023 avait peut-être réactivé passagèrement la bursite chronique, celle-ci n'était plus active lors de la consultation du 31 janvier 2023 puisque le Dr C _____ avait retenu une palpation de la bourse pré-patellaire sensible, laquelle montrait un discret épanchement sans signe d'infection floride. Pour ce qui est de l'évènement de 2020, l'assuré présentait une contusion du genou gauche et de l'épaule droite suite à une chute dans des escaliers. Ces contusions avaient rapidement guéri, l'assuré ne s'étant pas présenté aux deux rendez-vous de contrôle prévus par son médecin. En résumé, les plaintes de l'assuré qui persistaient au-delà du 14 février 2023 au plus tard n'étaient plus en lien de causalité avec l'évènement du 18 janvier 2023 qui avait décompensé une bursite chronique connue depuis 2006 mais en lien avec une atteinte d'origine malade. La Dresse E _____ a par ailleurs attesté que l'assuré ne présentait pas lésion corporelle donnant droit à des prestations au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA puisqu'il ne présentait pas de déchirure du ménisque (pièce CNA 95).

Le 26 juillet 2024, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant sa précédente décision. Elle a noté que contrairement à la version des faits avancée par l'assuré, les appréciations des médecins d'assurance indiquaient qu'aucun corps étranger sous cutané ou intra articulaire n'avait été trouvé. Au demeurant, le rapport de consultation du

service des urgences mentionnait uniquement une impression du patient quant à la présence d'un corps étranger sous-cutané. Dès lors que l'activité effectuée le 18 janvier 2023 ne sortait pas de l'ordinaire de ce qu'un employé installateur sanitaire pouvait rencontrer dans son quotidien et/ou ne représentait pas un effort extraordinaire et excessif ou même nécessitant une sollicitation du corps plus élevée que la normale, les conditions nécessaires à la notion juridique d'accident n'étaient pas toutes remplies. Dans la mesure où les médecins d'assurance avaient également nié une maladie professionnelle, de même qu'une lésion corporelle figurant à l'article 6 alinéa 2 LAA, la CNA n'était pas tenue de verser des prestations d'assurance à l'assuré (pièce CNA 102).

E. Le 13 août 2024, X _____ a recouru céans contre la décision sur opposition du 26 juillet 2024, accusant les Drs E _____ et F _____ d'avoir fait de fausses déclarations concernant l'accident du 18 janvier 2023, notamment en indiquant que celui-ci avait eu lieu deux jours plus tard. C'était également à tort que la CNA indiquait qu'il était allé à l'Hôpital de Sion alors qu'il s'était rendu aux urgences de l'Hôpital de Sierre. Le recourant a dit ne pas savoir comment l'intimée pouvait retenir qu'il n'avait pas de déchirure du ménisque alors que le Dr C _____ avait confirmé qu'il en avait retiré un morceau. En plus de la décision attaquée, le recourant a notamment joint à son écriture le certificat d'incapacité de travail établi le 20 janvier 2023 par la permanence médico-chirurgicale de Sierre.

Dans sa réponse du 2 septembre 2024, l'intimée a simplement renvoyé à la décision sur opposition du 26 juillet 2024 dont il n'y avait pas lieu de s'écarter. Elle a par ailleurs contesté entièrement les accusations inadmissibles formulées à l'encontre de ses médecins d'assurance. Elle a conclu au rejet du recours.

Le recourant n'ayant pas répliqué dans le délai imparti, l'échange d'écritures a été clos le 7 octobre 2024.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

1.2 Posté le 13 août 2024, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 26 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé par les fêtes d'été (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des suites de l'évènement du 18 janvier 2023, et plus particulièrement sur le fait de savoir s'il s'agit d'un accident, d'une maladie professionnelle ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

2.2 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 (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés, à savoir : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie (ATF 150 V 229 consid. 3 et les références).

2.3 Le facteur extérieur est la caractéristique centrale de tout évènement accidentel. Il signifie que, pour qu'un tel évènement puisse être qualifié d'accident, l'atteinte à la santé doit résulter d'une cause exogène au corps humain. Cet élément, qui s'oppose à la cause interne qui caractérise la maladie, permet de distinguer ces deux éventualités. La cause extérieure peut avoir des origines diverses, notamment de nature mécanique (un choc,

une chute, etc. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 6.1).

Pour admettre la présence d'un accident, il faut encore que ce facteur extérieur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante. Le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 et les références).

2.4 Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur – modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2).

A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main. Cette action n'avait rien d'inhabituel et l'affaissement du talon sur la marche inférieure ne constituait pas un incident particulier, ne dépassant pas le cadre de ce à quoi on pouvait s'attendre dans la situation initiale. En outre, l'assuré n'avait pas allégué qu'il n'aurait pas vu un pas, qu'il aurait perdu l'équilibre ou qu'il aurait marché dans le vide sans support. Il n'avait pas non plus fait valoir que la configuration de l'escalier aurait été particulière ou qu'il se serait trouvé dans un état particulier (p. ex. humide ou verglacé) en raison d'influences environnementales. Malgré l'atteinte à la santé qui s'était produite (rupture partielle du tendon d'Achille), le seul abaissement du talon lors de la montée quotidienne d'un escalier, sans autre perturbation, ne remplissait ainsi pas les exigences relatives au facteur extérieur indispensable à l'affirmation de la notion d'accident au sens de l'article 4 LPG (arrêt du Tribunal fédéral 8C_24/2022 du 20 septembre 2022).

S'agissant d'événements survenus dans l'exercice de l'activité professionnelle, la jurisprudence prend, certes, en considération les habitudes professionnelles de l'assuré, mais elle le fait essentiellement dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvement et déplacement de charges notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire (ATF 116 V 136 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 3.1 et les références).

2.5 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1). 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 l'assurance sociale (cf. *infra* consid. 2.6). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références ; RVJ 2024 p. 93 consid. 2.1). En outre, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_646/2023 du 8 juillet 2024 consid. 5.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré.

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, 144 IV 285 consid. 2.8.2 et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

2.6 Le juge des assurances sociales 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. Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1, C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 et les références). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur

probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 134 V 231 et 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid.2.3.1). De plus, on rappellera 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 dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt du Tribunal fédéral 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.2.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation entant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1).

3.

3.1 En l'espèce, l'intimée se fonde essentiellement sur les avis de ses médecins d'assurance pour nier au recourant le droit à des prestations accident, étant rappelé que dans les faits, les indemnités journalières ont été versées jusqu'au 31 octobre 2023 et qu'aucune restitution n'a été demandée. Le recourant met en doute les rapports des Drs E _____ et F _____, reprochant à leurs auteurs d'avoir fait des fausses déclarations concernant l'accident du 18 janvier 2023. Cette critique est infondée.

Force est en effet de constater que les rapports des médecins d'assurance ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical du recourant. Il ressort en particulier de l'appréciation de la Dresse E _____ du 11 avril 2024 que tous les points pertinents ont été discutés, que le contexte et la situation médicale sont exposés de façon claire et cohérente, et que les conclusions sont bien motivées. A la lecture du dossier, la Cour constate qu'aucun rapport médical n'apporte d'éléments objectifs et concrets susceptibles de les remettre en question. En effet, aucun médecin n'a relevé de corps étranger sous-cutané, pas plus qu'une plaie provoquée par un morceau de carrelage d'environ 2 cm sur 1 cm qui aurait été retiré par l'intéressé. La Dresse B _____, qui a reçu l'assuré deux jours après l'évènement, note tout au plus une petite dermabrasion antérieure. De même, la déchirure du ménisque alléguée par le recourant n'est pas médicalement démontrée. L'IRM du genou gauche du 9 février 2023 a permis à la Dresse D _____, d'observer une dégénérescence méniscale interne ainsi qu'une minime extrusion méniscale, sans fissure évidente. Au surplus, contrairement à ce qui est indiqué dans le présent recours, les rapports du Dr C _____ ne mentionnent aucunement le retrait d'un bout de ménisque. S'il est vrai qu'il parle de suspicion de lésion méniscale interne dans son rapport du 31 janvier 2023 et qu'il a constaté une frange méniscale débridée lors d'un toilettage articulaire préarthrose du genou pratiquée par arthroscopie le 10 mars 2023, le protocole opératoire relatif à cette intervention rapporte uniquement un lavage et un drainage du genou. Il ne fait aucun doute que si un fragment de ménisque avait été extrait, cela aurait été expressément inscrit dans le rapport.

Les arguments du recourant ayant trait aux potentielles erreurs relatives à la date de l'accident, respectivement au lieu de situation du service d'urgence visité, ne suffisent donc pas à mettre en doute les rapports des Drs E _____ et F _____. Cela étant, il convient de leur reconnaître une pleine valeur probante.

3.2 Le recourant considère en outre que c'est à tort que l'intimée lui a nié le droit à des prestations au motif que l'évènement du 18 janvier 2023 ne serait pas constitutif d'un

accident, d'une maladie professionnelle ou d'une lésion corporelle aux conditions prévues par l'article 6 alinéa 2 LAA.

3.2.1 Comme mentionné plus haut (cf. *supra* consid. 2.2 ss), la notion juridique d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés. En particulier, le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 150 V 229 consid. 3 et 4.1.1 et les références). La jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé. Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b et les références).

In casu, l'évènement litigieux est décrit comme suit dans la déclaration de sinistre du 23 janvier 2023 : « Il (le recourant) a protégé le sol avec une plaque de sagex et a gainé, à genoux, le carrelage de la salle de bain pour remplacer les tuyaux. Un débris a pénétré dans son genou gauche ». Cette dernière partie de l'explication ne convainc pas dans la mesure où, comme indiqué au considérant précédent, elle n'est pas compatible avec les constats médicaux des différents médecins dont les rapports se trouvent au dossier. Sans cet élément de l'explication – que l'intimée n'est pas astreinte à accepter sans condition (ATF 103 V 175 consid. a) – force est de constater que le fait de travailler à genoux dans le cadre d'une activité d'installateur sanitaire, d'autant plus sur une couche de protection en sagex, ne dépasse pas le cadre des activités habituelles dans ce contexte professionnel. Le recourant n'a aucunement démontré la présence d'un facteur extérieur extraordinaire, respectivement qu'il avait dû fournir un effort manifestement excessif dans la situation précise. Etant donné qu'il suffit qu'un des éléments nécessaires à la notion d'accident fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié de tel, c'est à bon droit que la CNA a retenu que l'évènement du 18 janvier 2023 n'était pas constitutif d'un accident.

3.2.2 En application de l'article 9 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGa) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans

l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2).

Le Dr F _____ a été consulté par l'intimée précisément sur ce point en sa qualité de spécialiste en médecine du travail. Bien qu'il ait retenu que les douleurs au niveau du genou gauche s'expliquaient par les troubles constatés, à savoir des troubles dégénératifs importants (chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne), une atteinte de la corne postérieure du ménisque interne, une décompensation de sa musculature quadricipitale et une bursite prépatellaire chronique dans un contexte d'hyperuricémie, il a attesté qu'aucune de ces pathologies n'était constitutive d'une maladie professionnelle. Ces constatations ne sont contredites par aucune pièce médicale au dossier, de sorte qu'il n'existe pas de motifs de mettre en doute la fiabilité de la conclusion du médecin d'assurance.

3.2.3 Reste à savoir si les conséquences de l'évènement du 18 janvier 2023 entrent dans le champ d'application de l'article 6 alinéa 2 LAA. Selon cette disposition, l'assurance alloue aussi ses prestations pour certaines lésions corporelles, notamment les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

En l'occurrence, la Dresse E _____ a attesté que l'assuré ne présentait pas de déchirure du ménisque et n'avait dès lors pas droit à des prestations en application de l'article 6 alinéa 2 LAA. Là encore, aucun médecin n'ayant établi une telle lésion corporelle, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

Ainsi, on ne saurait reprocher à la CNA d'avoir considéré que le sinistre du 18 janvier 2023 n'ouvrait pas de droit à des prestations de sa part, que ce soit sous l'angle d'un accident professionnel, d'une maladie professionnelle ou de lésions corporelles assimilées à un accident.

3.3 Le recourant allègue enfin que ses douleurs persistantes sont en lien de causalité avec d'anciens évènements pour lesquels la qualité d'accident avait été admise par l'intimée.

La Dresse E _____ a toutefois démontré de manière suffisamment crédible que les douleurs du genou gauche annoncées en janvier 2023 n'étaient pas en relation de

causalité pour le moins probable avec l'évènement du 18 janvier 2023, ni avec celui du 7 avril 2006 ou encore celui du 3 septembre 2020, mais en lien avec une atteinte préexistante de nature dégénérative, à savoir une chondropathie de grade II à III selon Outerbridge au niveau du compartiment fémoro-patellaire et de grade III au niveau du compartiment fémoro-tibial interne avec dégénérescence du ménisque interne. Pour ce qui est de l'évènement de 2020, l'assuré présentait une contusion du genou gauche et de l'épaule droite après avoir chuté dans des escaliers. Ce dernier ne s'étant pas présenté aux deux rendez-vous de contrôle fixés par son médecin, on ne peut que considérer que les contusions avaient rapidement guéri. S'agissant de l'évènement de 2006, l'assuré présentait une bursite opérée à plusieurs reprises. Une bursite étant une structure extra-articulaire, elle est donc sans rapport avec les atteintes dégénératives qui elles sont intra-articulaires. S'il n'est pas exclu que le sinistre du 18 janvier 2023 ait pu réactiver passagèrement la bursite chronique, la médecin d'assurance explique que celle-ci n'était plus active lors de la consultation du 31 janvier 2023 puisque le Dr C _____ avait retenu une palpation de la bourse pré-patellaire sensible, laquelle montrait un discret épanchement sans signe d'infection floride. En résumé, les plaintes de l'assuré qui persistaient au-delà du 31 janvier 2023, voire du 14 février 2023 au plus tard, n'étaient plus en lien de causalité avec l'évènement du 18 janvier 2023.

Sur ce point également, aucun médecin ne contredit la Dresse E _____. Au contraire, le Dr G _____ la rejoint en admettant que l'exacerbation des douleurs au genou de l'assuré pouvait être justifiée par la chondropathie fémoro-patellaire associée à une stabilisation insuffisante de la rotule à cause de l'amyotrophie du quadriceps. Ainsi, le lien de causalité allégué par le recourant ne saurait être admis au degré de la vraisemblance prépondérante.

3.4 Au vu de ce qui précède, les éléments soulevés par le recourant ne permettent pas de remettre en doute la valeur probante des rapports des Drs E _____ et F _____. En l'absence de pièces médicales probantes remettant en question les conclusions de ces derniers, l'intimée pouvait rendre sa décision sans ordonner de mesure d'instruction complémentaire. De même, le dossier est suffisamment complet pour qu'un jugement puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner l'administration de moyens de preuve supplémentaires (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3, 141 I 60 consid. 3.3).

4.

4.1 Mal fondé, le recours est rejeté.

4.2 Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 12 mai 2025