

S2 20 4

JUGEMENT DU 30 MARS 2022

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

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par AXA-ARAG, protection juridique, 8050 Zurich

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), 6002
Lucerne, intimée

(art. 4 LPGA et 6 LAA ; notion d'accident et lien de causalité)

Faits

A. X _____, né le xxx 1957 a travaillé depuis le 1^{er} mai 2015 en qualité de responsable technique auprès des A _____ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Le 5 septembre 2019, en portant une table dans le cadre de son activité professionnelle, il s'est tordu le genou après avoir marché sur un caillou (pièce 1).

Le même jour, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lui a délivré un certificat d'incapacité de travail de 100% du 5 septembre 2019 au 11 septembre suivant pour cause d'accident (pièce 2).

B. Ce sinistre a été annoncé à la CNA le 6 septembre 2019 (pièce 1). Le 12 septembre suivant, l'assuré a décrit à l'assurance qu'il transportait une table pour l'organisation d'une manifestation lorsqu'il a marché sur une pierre qui se trouvait au milieu du chemin. Il a alors immédiatement ressenti des douleurs, alors qu'il n'avait jamais présenté d'antécédents médicaux au niveau de son genou (pièce 6).

Le 17 septembre 2019, le Dr B _____ a décrit l'accident comme un « *trauma avec impression de claquement dans le genou droit* » et a fait état d'une atteinte intra-articulaire et méniscale interne ainsi qu'un kyste de Baker rompu. Le médecin traitant a alors prescrit un traitement conservateur (pièce 8).

Une IRM réalisée le 10 septembre précédent par le Dr C _____, spécialiste FMH en radiodiagnostic au centre d'imagerie de Martigny, avait mis en évidence les diagnostics suivants : « *Atteinte dégénérative du ménisque interne avec fissuration dans le tiers moyen et la corne postérieure, sans fragment libre ; chondropathie de grade III du condyle fémoral interne en zone de charge d'extension et de grade II de la rotule dans sa partie inférieure et centrale ; enthésopathie chronique du tendon quadricipital sur la rotule avec un enthésophyte, sans déchirure ; épanchement articulaire, kyste de Baker partiellement rompu et œdème de la graisse de Hoffa* » (pièce 10).

Après avoir été interpellé par la CNA, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement, a indiqué le 2 octobre 2019 que les troubles du genou droit correspondaient à une déchirure du ménisque, soit une lésion assimilée à un accident. Par ailleurs, il a estimé qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, il était « pour le moins probable » que ce diagnostic était dû à l'usure ou à une maladie (pièce 9).

C. Dans un courrier du 2 octobre 2019, la CNA a informé X _____ que sa chute ne répondait pas aux conditions de la notion d'accident et ne pouvait non plus pas être considérée comme une lésion corporelle assimilée à un accident (pièce 11). Le 10 octobre suivant, l'intéressé a fait part de son incompréhension en précisant que des douleurs intenses étaient apparues après qu'il ait marché sur le caillou qui lui avait causé un « claquement » et qu'avant cet évènement il marchait correctement (pièce 15).

Par décision du 15 octobre 2019, en se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement et le questionnaire rempli par l'assuré le 12 octobre précédent, la CNA a refusé de lui allouer toute prestation au motif que ses troubles n'étaient pas liés à un accident ni à une lésion corporelle assimilée à un accident (pièce 20).

Le 28 octobre 2019, le Dr D _____ a complété son avis en observant que l'IRM n'avait pas mis en évidence de déchirure méniscale, mais surtout un contexte dégénératif touchant le compartiment fémoro-tibial interne. Il a ainsi finalement considéré que les lésions visualisées ne correspondaient pas à des lésions corporelles assimilées à un accident (pièce 27).

Par le biais de sa protection juridique, l'assuré s'est opposé le 31 octobre 2019 à la décision de la CNA. Il a fait valoir qu'en marchant sur une pierre alors qu'il portait une charge conséquente, il avait perdu son équilibre le forçant à solliciter d'une manière intensive et incontrôlée son organisme. A son avis, il avait ainsi fait un mouvement incontrôlé et non coordonné lui causant une déchirure du ménisque et une lésion intra-articulaire. Ensuite, il a reproché à la CNA d'avoir fait preuve de formalisme excessif en limitant son analyse au questionnaire dans lequel il avait indiqué avoir glissé sur un caillou, en plus de n'avoir fourni aucune appréciation médicale objective. Finalement, selon l'assuré, son atteinte devait être qualifiée de lésion assimilée à un accident car non seulement il n'avait jamais souffert d'une blessure au genou droit avant l'évènement du 5 septembre 2019, mais de plus le médecin d'arrondissement avait lui-même confirmé, dans son avis du 2 octobre 2019, la présence d'une telle lésion et renié l'existence d'une maladie (pièce 29).

Après avoir une nouvelle fois été interpellé, le Dr D _____ a confirmé le 7 novembre 2019 que les lésions visualisées sur les examens complémentaires présentaient avec une vraisemblance prépondérante une origine dégénérative (pièce 35).

Dans l'intervalle, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté que l'assuré pouvait reprendre à 100% son travail dès le 12 novembre 2019 (pièce 37).

Par décision sur opposition du 2 décembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 15 octobre précédent, au motif que la cause extérieure extraordinaire nécessaire pour admettre le caractère accidentel de l'évènement du 5 septembre 2019 faisait défaut. Elle a considéré que le fait de marcher sur un caillou était tout à fait banal et était une activité habituelle et quotidienne, de sorte que l'assuré, qui était habitué à transporter des charges, n'avait pas fourni d'effort excessif. A son avis, il convenait en outre de retenir les premières déclarations de ce dernier et non celles exposées dans son opposition après qu'il ait été informé par un juriste des conséquences de celles-ci. Ensuite, la CNA a allégué que son médecin d'arrondissement n'avait pas connaissance du rapport d'IRM du 10 septembre 2019, versé au dossier seulement le 30 septembre suivant, lorsqu'il a émis son avis le 2 octobre 2019. Or, cet IRM n'avait mis en évidence que des lésions dégénératives ou malades, raison pour laquelle le Dr D _____ avait finalement nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident dans son appréciation du 30 octobre 2019, après qu'il ait pris connaissance de ladite IRM. Il convenait ainsi de ne pas tenir compte de l'appréciation, jugée laconique par la CNA, du 2 octobre 2019 du médecin d'arrondissement.

D. X _____ a recouru céans le 15 janvier 2020 (date du cachet postal) contre cette décision sur opposition, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la reconnaissance d'un accident, subsidiairement, d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Il a signalé avoir subi une arthroscopie le 30 octobre 2019 et indiqué que depuis il n'avait plus de douleurs et avait ainsi pu reprendre le travail le 11 novembre suivant. Ensuite, le recourant a fait grief à la CNA d'avoir ignoré les avis médicaux et de ne s'être uniquement fondée sur ses déclarations pour nier l'existence d'un accident. Pour le surplus, il a renvoyé à l'argumentation de son opposition. Par ailleurs, une déchirure du ménisque avait été constatée par ses médecins et le Dr D _____ avait également admis l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. L'avis de ce dernier ne pouvait en outre être simplement ignoré par l'intimée. Le recourant a encore estimé que le contexte dégénératif n'avait jamais eu de conséquences sur son genou, dès lors qu'il avait toujours marché et travaillé normalement avant l'évènement du 5 septembre 2019.

Le 24 février 2020, après avoir rappelé les faits importants, la CNA a souligné que le recourant n'avait jamais indiqué, avant son opposition, avoir été victime d'une glissade, d'une chute ou d'un déséquilibre. Or, il convenait de se fier à ses premières déclarations qui étaient exemptes de toute réflexion sur les conséquences ultérieures à l'inverse de

celles formulées par son mandataire professionnel au stade de l'opposition. En outre, le fait de marcher sur un caillou n'était pas propre, selon l'intimée, à entraîner un mouvement incontrôlé ni une sollicitation anormale et extraordinaire du genou. Finalement, la CNA a réaffirmé que l'IRM avait mis en évidence de nombreuses lésions dégénératives du genou droit et la seule présence de douleurs consécutives à l'évènement en question n'était pas suffisante pour admettre un lien de causalité avec celui-ci.

En l'absence d'autres observations, l'échange d'écritures a été clos le 27 mars 2020.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 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.

Posté le 15 janvier 2020, le présent recours contre la décision sur opposition du 2 décembre 2019 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (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 que la Cour doit entrer en matière.

2. Dans un premier grief, le recourant reproche à la CNA de ne pas avoir retenu que l'évènement 5 septembre 2019 était constitutif d'un accident au sens de l'article 4 LPGA.

2.1. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (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, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: 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 (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

2.1.1. Suivant la définition même de l'accident, 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 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 142 V 219 précité et les références).

Ainsi, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas, notamment, lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2 et arrêt 8C_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 4.2).

2.1.2. Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), 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 (arrêts arrêt 8C_395/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2 et 4.2 et 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1 et la référence). Concernant 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 s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur, dans le sens d'une 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 8C_586/2020 du 30 novembre 2020 consid. 3.3).

2.1.3. En cas de certaines atteintes à la santé qui peuvent, selon l'expérience, également survenir en tant qu'uniques conséquences de maladies, soit en tant que modifications préexistantes dégénératives d'une partie du corps dans le cadre d'une évolution normale, le caractère extraordinaire doit être donné de manière très claire et l'atteinte survenir dans des circonstances particulièrement évidentes. Il en va de même pour des traumatismes internes au corps, c'est-à-dire pour des atteintes consécutives à une force provenant du corps lui-même. La cause directe de l'atteinte doit alors consister en un effort particulièrement accentué ou s'être manifestée dans des circonstances d'une certaine importance. Le facteur extraordinaire doit être admis lorsqu'en soulevant ou en déplaçant une charge, la personne concernée déploie une force bien supérieure à ce qu'elle a coutume de fournir et se blesse. Si la jurisprudence prend en considération les habitudes professionnelles d'une personne qui prétend des prestations d'assurance, elle le fait avant tout dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvements et déplacements de charge notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire (arrêts 8C_395/2020 précité consid. 2.2 et 4.2 ainsi que les références et 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 et 4.2 ainsi que les références, notamment à l'arrêt 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

2.2. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2a et les références).

2.3. En l'occurrence, aussi bien dans le formulaire de déclaration de sinistre du 6 septembre 2019 que dans le courrier du recourant du 10 octobre suivant, il est fait mention que X _____ a marché sur un caillou se trouvant sur le chemin ce qui lui a tordu le genou et provoqué un claquement suivi d'une intense douleur. Dans le questionnaire du 12 septembre 2019, le recourant a mentionné qu'une pierre qui se trouvait au milieu du chemin lui avait provoqué des douleurs immédiates. Cela étant, la description de l'évènement fait manifestement apparaître la présence d'un facteur extérieur et extraordinaire. Les termes de caillou et de pierre ont été, au demeurant, vraisemblablement employés comme synonymes par le recourant.

Le caillou sur lequel a marché l'intéressé a ainsi provoqué une torsion de son genou droit, ce qui répond à la définition de mouvement non coordonné. En effet, au degré de la vraisemblance prépondérante, il ressort du dossier que le mouvement normal de son corps a été interrompu par la présence d'une pierre qui se trouvait sur le chemin et qu'il n'a vraisemblablement pas aperçue en raison de la table qu'il transportait. Dans cette mesure, le fait de marcher puis glisser sur un caillou, ou de buter contre celui-ci, a provoqué une modification entre son corps et l'environnement extérieur. La torsion qui en est découlée est dès lors apparue en raison d'un facteur extérieur et extraordinaire. L'évènement s'est en outre produit à l'arrêt dit « F _____ » du funiculaire en provenance de « G _____ » sis sur la localité de H _____, soit un lieu en altitude dans un terrain montagneux. Par ailleurs, le recourant a immédiatement été consulté par un médecin proche du lieu de l'évènement (le Dr B _____ à I _____) qui lui a délivré le même jour un certificat d'incapacité de travail pour cause d'accident, ce qui démontre bien l'intensité des douleurs qui a nécessité une intervention immédiate. Pour ces raisons, il est difficile pour l'intimée de soutenir que l'évènement était tout à fait banal. Transporter une table sur un terrain montagneux puis glisser sur un caillou ou le heurter en raison d'une visibilité probablement diminuée par cette table et souffrir d'une torsion du genou, n'a en effet rien d'une activité habituelle et quotidienne.

Ensuite, le fait que le recourant était responsable technique auprès de A _____ SA et qu'il était ainsi souvent amené à porter des charges similaires n'est en l'espèce pas pertinent pour nier ou admettre l'existence d'un accident. Si la jurisprudence prend en considération les habitudes professionnelles d'une personne qui sollicite des prestations d'assurance, elle le fait avant tout 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 (cf. *supra* consid. 2.1.2). Or, dans le cas d'espèce, la lésion subie par le recourant n'a pas trouvé son origine dans les efforts qu'il a déployés pour transporter la table, mais au contraire dans le mouvement inattendu qu'il a dû réaliser avec sa jambe droite lorsqu'elle a glissé sur un caillou ou heurté celui-ci, soit un mouvement corporel non programmé. L'évènement en question a ainsi bien été provoqué par un phénomène extérieur qui a modifié de manière anormale le déroulement naturel du mouvement de la jambe du recourant (arrêt 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.3). La casuistique du Tribunal fédéral citée par l'intimée qui concerne des lésions provoquées directement par les efforts des assurés, n'est partant aucunement pertinente dans le cas d'espèce. Dans l'arrêt cité 8C_726/2009 du 30 avril 2010, la situation était néanmoins quelque peu différente, dans la mesure où un infirmier s'était blessé aux cervicales, non pas en raison d'un effort excessif mais en raison d'un

mouvement de torsion brusque pour retenir un patient sur le point de choir. Dans ce cas, le Tribunal fédéral a alors admis la présence d'un facteur extérieur, mais a cependant considéré que la rotation effectuée dans la précipitation par l'assuré pour retenir la patiente sur le point de choir n'était pas inhabituelle pour un infirmier, si bien que le caractère extraordinaire faisait défaut pour retenir un accident (consid. 5). En l'état, cette jurisprudence n'est pas plus applicable dans le cas d'espèce que les autres, attendu que le recourant, en transportant une table pour l'organisation d'une manifestation, n'était pas dans une situation comparable à celle d'un infirmier dont l'activité consiste en l'accompagnement des patients, notamment en leur évitant de chuter. Comme déjà dit, il ne relève en effet pas de son activité habituelle de se rattraper de mouvements inattendus en transportant des tables afin d'éviter une blessure.

Par ailleurs, les déclarations de l'assuré n'ont en substance pas été modifiées tout au long de la procédure, contrairement à ce que soutient l'intimée. Si une description plus détaillée a été fournie par son mandataire au stade de l'opposition, il n'en demeure pas moins qu'on ne saurait la déclarer de contradictoire aux premières explications du recourant. En effet, dans le questionnaire du 12 septembre 2019 et dans son courrier du 10 octobre suivant, celui-ci indiquait déjà avoir marché sur une pierre ou un caillou qui lui avait tordu le genou. Il a en particulier coché la case oui relative à la question « S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, etc.) ? », si bien qu'il est difficile de suivre l'intimée lorsqu'elle avance que le recourant n'aurait jamais indiqué avoir glissé ou chuté. Cela étant, confrontée à ce formulaire effectivement relativement laconique, si la CNA avait encore un doute ou estimait que les informations fournies n'étaient pas suffisantes, il lui revenait d'instruire plus sur ce point, ce qu'elle n'a cependant pas fait. En tout état de cause, ces indications sommaires du recourant se recoupent de toute manière largement avec la déclaration de mouvement incontrôlé, non coordonné et nécessitant un geste réflexe ressortant de son opposition et recours. Dans cette mesure, la CNA ne peut pas reprocher au recourant d'avoir complété ses explications dans le cadre de son opposition et il convient de se baser sur celles-ci.

Dans ces conditions, il n'y pas lieu de mettre en doute les explications du recourant sur le déroulement des faits. La Cour considère dès lors qu'en marchant sur un caillou, ce dernier a été victime d'un changement de position corporelle de manière incontrôlée et sous l'influence d'un phénomène extérieur, ce qui a provoqué une sollicitation plus élevée que la normale de son organisme. Il convient par conséquent de conclure à l'existence d'une cause extérieure extraordinaire à l'origine des douleurs au genou droit annoncées par le recourant.

3. Les autres conditions constitutives d'un accident sont manifestement réalisées dans le cas d'espèce. Il convient dès lors d'examiner, dans un second temps, s'il existe un lien de causalité entre les douleurs présentées au genou droit et l'accident du 5 septembre 2019.

3.1. Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA. Il a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'article 6 alinéa 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'article 6 alinéa 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1).

En l'occurrence, il a été arrêté aux considérants 2 que la CNA aurait dû reconnaître l'existence d'un accident au sens juridique. Il s'impose dès lors d'examiner sous l'angle de l'article 6 alinéa 1 LAA si la CNA doit prendre en charge les suites de la lésion au genou droit du recourant.

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

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. 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 *conditio 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. 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). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 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. 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 ; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

3.3. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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 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 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Selon la jurisprudence, 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 p. 470). 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 p. 469 et les références citées).

3.4. Dans le cas d'espèce, le Dr D _____ a estimé que le bilan IRM avait principalement mis en évidence un contexte dégénératif touchant le compartiment fémoro-tibial interne. Il a également nié la présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA. De son côté, le Dr B _____ a affirmé que l'on était en présence d'un traumatisme ayant provoqué une atteinte au ménisque interne.

Le recourant a indiqué n'avoir jamais ressenti des douleurs avant son accident et que de surcroît, ses douleurs avaient disparu depuis qu'il a subi une arthroscopie à la J _____ le 30 octobre 2019. Il n'a cependant fourni aucune pièce y relative. Enfin, la radiographie du 10 septembre 2019 avait, quant à elle, mis en évidence différentes atteintes avec une origine apparemment dégénérative (atteinte dégénérative du ménisque interne avec fissuration dans le tiers moyen et la corne postérieure, sans fragment libre), ainsi que d'autres lésions dont l'origine traumatique ou dégénérative n'a pas été précisée (chondropathie de grade III du condyle fémoral interne en zone de charge d'extension et de grade II de la rotule dans sa partie inférieure et centrale ; enthésopathie chronique du tendon quadricipital sur la rotule avec un enthésophyte, sans déchirure ; épanchement articulaire, kyste de Baker partiellement rompu et œdème de la graisse de Hoffa). Aucun autre avis médical ne figure au dossier.

Sur la base de ces éléments, force est de constater que les pièces médicales au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de trancher l'origine médicale de l'ensemble des atteintes dont souffre le recourant à son genou droit. Si les conclusions de l'IRM laissent à premier abord plutôt supposer des lésions dégénératives, aucun spécialiste n'a clairement exclu une cause également traumatique de ces atteintes. L'avis du médecin d'arrondissement, selon lequel les lésions seraient de manière prépondérante dues à une origine malade, n'est d'ailleurs aucunement étayé sur le plan médical. Or, il revient à l'intimé d'apporter la preuve de l'absence de lien de causalité entre la lésion et l'accident du 5 septembre 2019. L'avis très laconique du Dr D _____ du 7 novembre 2019 n'est à cet égard aucunement suffisant, ce d'autant plus qu'il avait admis dans un premier temps la présence d'une lésions corporelle assimilée à un accident. Par ailleurs, dans son avis du 30 octobre 2019, ce médecin d'arrondissement n'a implicitement pas exclu que l'atteinte pouvait avoir une cause partielle traumatologique (« *le bilan par IRM ne met pas en évidence de déchirure méniscale, mais montre surtout un contexte dégénératif* » ; « *le bilan par IRM révèle avant tout des lésions qui prédominent au niveau du compartiment fémoro-tibial interne [...]* »). De son côté, le Dr B _____ mentionne une cause traumatique des atteintes subies par son patient.

Dans cette mesure, le dossier ne permet en l'état pas de trancher la question d'un lien de causalité entre la lésion du genou droit et l'accident du 5 septembre 2019. Force est en effet de constater que des doutes subsistent sur la validité des constatations du médecin d'arrondissement et que ce dernier, qui n'a de surcroît pas personnellement examiné le recourant, avait limité son analyse à l'existence de lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA. S'il venait par ailleurs à être

retenu que l'accident du 5 septembre 2019 n'avait qu'aggravé temporairement un état maladif préexistant, il reviendra également à l'intimée de récolter un avis médical motivé permettant de déterminer à quel moment le recourant avait retrouvé son état de santé qui existait immédiatement avant l'accident.

Il s'impose donc de renvoyer la cause à la CNA pour qu'elle mette en œuvre une expertise médicale au sens de l'article 44 LPGa afin que l'expert désigné se détermine de manière claire et convaincante sur l'existence d'un lien de causalité entre les lésions au genou droit du recourant et l'accident du 5 septembre 2019 et, le cas échéant, sur le *statu quo sine vel ante* (cf. dans ce sens arrêts 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.4 ; 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 6.3 et 6.4 ; 8C_618/2019 du 18 février 2020 consid. 8.2 ; 8C_267/2019 du 30 octobre 2019 consid. 7.2.2). Le recours doit par conséquent être admis et la décision du 2 décembre 2019 annulée.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGa et 83 LPGa).

5.1. La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGa) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront supportés par l'intimé (art. 81bis al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA ; art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Les frais d'un conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27 et suivants de la présente loi, auxquels s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Les dépens sont arrêtés forfaitairement entre 550 et 11 000 fr., TVA comprise (art. 27 al. 5 et 40 al. 1 LTar). Conformément à la jurisprudence fédérale, il n'est pas arbitraire d'indemniser distinctement les avocats employés auprès d'associations, de syndicats ou d'assurances de protection juridique, d'une part, et les avocats exerçant leur métier en profession libérale, d'autre part (ATF 126 V 11 consid. 2 et 120 la 169 consid. 3a, arrêts 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 et 9C_600/2007 du 12 janvier 2009 ; SVR 1999 IV Nr. 28 consid. 4c, 4d et 4e).

5.2. Dans le cas d'espèce, la protection juridique qui a représenté X _____ a produit un recours de quatre pages succinctement motivé puis deux courriers. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par le mandataire du recourant, de la teneur des pièces de procédure déposées, de la complexité moyenne de l'affaire et du dossier peu

volumineux, la Cour fixe des dépens réduits à un montant arrondi de 750 francs, débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis. La décision du 2 décembre 2019 est annulée et le dossier est renvoyé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour instruction médicale complémentaire au sens du considérant 3.4.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X _____ une indemnité de 750 francs pour ses dépens.

Sion, le 30 mars 2022.