

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2023

Composition : M. NEU, président
M. Reinberg et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 10 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé auprès de la société F._____ et, à ce titre, est assuré obligatoirement pour 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).

En date du 20 septembre 2020, il s'est tordu le genou lors d'une randonnée (cf. déclaration d'accident du 6 janvier 2021).

Par communication du 7 avril 2021, la CNA a pris en charge le cas d'assurance (versement d'indemnités journalières et prise en charge des frais de traitement).

Le 24 août 2021, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche, tel que cela ressortait du rapport du 17 juin 2021 et du protocole opératoire du 24 août 2021 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans le cadre de l'instruction, la CNA a notamment recueilli un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 20 octobre 2020 et un rapport du 25 mai 2021 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans une appréciation médicale du 25 octobre 2021 - traduite en français le 1^{er} février 2022 -, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a retenu ce qui suit (sic) :

« [...] l'assuré, âgé de [...] ans, a subi en 1982 et 1985 un déplacement de la tubérosité du genou gauche en présence d'une instabilité de la rotule due à une dysplasie trochléenne. Cette pathologie ne concernait pas l'assurance-accidents.

[...] L'IRM du 20.10.2020, également réalisée de façon explicite sans référence à un événement accidentel, montre, selon l'appréciation du radiologue, des atteintes dégénératives dans le compartiment

interne et fémoro-patellaire, ainsi qu'un état consécutif au déplacement de la tubérosité. À cela s'ajoutent une lésion horizontale dans la région de la corne postérieure du ménisque interne et un kyste de Baker. [...]

Nous possédons un rapport très détaillé du Dr G._____, concernant la consultation du 23.4.2021. L'état antérieur y est listé de façon détaillée, tout comme le traumatisme de l'articulation du genou gauche en septembre 2020 avec présentation aux urgences du V._____. [V._____] le 7.10.2020, un examen IRM ayant été prescrit dans ce contexte. Celle-ci met en lumière l'état consécutif à la transposition de la tubérosité tibiale, vraisemblablement au sens d'une médialisation et d'une distalisation. Mise en évidence d'atteintes dégénératives avancées dans le compartiment interne et au niveau fémoro-patellaire. Le Dr G._____ affirme que les atteintes au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, à considérer comme dégénératives, ainsi que les atteintes polykystiques dans la zone du ligament croisé antérieur sans signe d'instabilité, ne sont vraisemblablement pas symptomatiques.

Selon le rapport du 17.6.2021, le Dr W._____ décide de procéder à une arthroscopie de l'articulation du genou gauche, tout en précisant qu'il ne peut effectivement pas garantir la réussite de l'assainissement chirurgical. Selon le rapport d'arthroscopie du 24.8.2021, un débridement du cartilage ainsi qu'une résection ont été effectués dans la zone de la corne postérieure interne.

Nous devons établir en résumé que l'articulation du genou gauche présente un état dégénératif prononcé, étranger à la Suva [l'assurance-accidents], avec des atteintes dont certaines atteignent le grade IV dans le compartiment interne et la région fémoro-patellaire. L'atteinte décrite dans la région de la corne postérieure du ménisque interne, laquelle a également fait l'objet d'un traitement chirurgical, correspond selon Stoller et al. [1] à une lésion de grade III parmi les atteintes méniscales dégénératives. Le Dr G._____ a, lui aussi, posé un jugement identique dans le cadre de l'appréciation établie en avril 2021.

La causalité accidentelle de l'opération réalisée le 24.8.2021 est à rejeter compte tenu de ces faits. [...] »

Par décision du 25 novembre 2021, la CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) au 23 août 2021, dans la mesure où l'état de santé du recourant tel qu'il l'aurait été sans l'accident du 10 (recte : 20) septembre 2020 pouvait être considéré comme atteint en date du 23 août 2021 au plus tard, et a ainsi refusé de prendre en charge l'intervention du 24 août 2021.

Les 4 et 26 janvier 2022, l'assuré s'est opposé à ladite décision, produisant un rapport du 18 janvier 2022 du Dr W._____.

lequel a retenu qu'il paraissait évident qu'il existait une relation entre l'accident du 20 septembre 2020 et la lésion méniscale interne ; en revanche, les troubles chondraux n'étaient pas en relation avec le traumatisme et avaient certainement participé à la symptomatologie de façon partielle. Selon ce médecin, l'indication chirurgicale était principalement due au problème méniscal, de sorte qu'il se justifiait que les traitements ayant suivi l'intervention du 24 août 2021 soient également pris en charge par l'assurance-accidents. Il estimait finalement qu'il n'existait plus de relation de causalité entre les gonalgies et l'accident de 2020 à compter de la reprise de l'activité professionnelle à 100 % en date du 18 octobre 2021.

Par décision sur opposition du 14 mars 2022, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision querellée, considérant que l'opération réalisée le 24 août 2021 n'avait aucun rapport avec l'accident du 10 (*recte* : 20) septembre 2020, l'assuré présentant un état dégénératif important avec des atteintes atteignant le grade IV dans le compartiment interne et la région fémoro-patellaire ainsi qu'une atteinte de la corne postérieure. En l'absence d'un lien de causalité, l'opération susmentionnée n'était ainsi pas prise en charge par la CNA.

B. a) Par acte du 19 avril 2022, K._____, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 14 mars 2022, concluant principalement à ce qu'elle soit réformée, en ce sens que l'intimée soit tenue de prendre en charge l'ensemble des troubles et les suites de l'événement du 10 (*recte* : 20) septembre 2020, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour reprise de l'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

b) Le 11 mai 2022, le recourant a porté au dossier un rapport du 5 mai précédent du Dr W._____, dans lequel il considérait que les lésions méniscales étaient en lien de causalité avec l'opération du 24 août 2021, tout en ajoutant que, si l'on pouvait constater lors de cette

intervention certaines lésions chondrales, ces dernières n'auraient pas justifié à elles seules ladite intervention.

c) Dans sa réponse du 9 juin 2022, l'intimée a indiqué entendre acquiescer au recours, annuler la décision sur opposition du 14 mars 2022, prendre en charge l'intervention du 24 août 2021 et reprendre l'instruction du dossier quant à la prise en charge de plus amples prestations non en tant que suites de l'accident du 20 septembre 2020, mais en tant que suites d'un accident survenu en 1984, qu'elle avait pris en charge à l'époque ; elle avait ainsi à nouveau soumis le cas au Dr D._____, lequel n'avait pas connaissance de la prise en charge par l'assurance-accidents de l'événement de 1984 lors de la reddition de son rapport du 25 octobre 2021. Ce médecin avait rendu son rapport le 7 juin 2022 (dont la traduction en français a été transmise le 22 juin 2022 à la Cour de céans). A teneur de ce rapport, le Dr D._____ a indiqué ce qui suit (sic) :

« [...] Sachant que les interventions chirurgicales concernant l'articulation du genou gauche réalisées en 1985 et 1986 ont été reconnues comme relevant de la Suva, il en résulte aussi que les troubles de l'assuré dus aux atteintes cartilagineuses fémoro-patellaires dégénératives dans l'articulation du genou gauche doivent être considérés comme présentant un lien de causalité avec l'événement survenu le 15.3.1984, de même que la toilette articulaire avec débridement du cartilage fémoro-patellaire effectuée le 24.8.2021.

L'appréciation médicale du 20.10.2021 explique en détail que l'atteinte dans la zone du ménisque interne n'est pas à considérer comme étant en lien de causalité avec l'événement du 20.9.2020. Cet état de fait n'a pas changé et cette constatation ne se trouve pas non plus en lien de causalité avec l'événement du 15.3.1984, relevant lui aussi de la Suva.

S'agissant de la question portant sur l'indication d'une opération, nous faisons référence au rapport du Dr W._____ daté du 17.6.2021, dans lequel il a indiqué, en se référant aux radiographies qui mettent en lumière des atteintes dégénératives au niveau fémoro-patellaire et dans le compartiment interne, sous la forme d'un rétrécissement de l'interligne articulaire, ainsi qu'aux résultats de l'IRM, qu'il a, compte tenu de la persistance des troubles, discuté avec le patient de la poursuite des mesures conservatrices composées d'antirhumatismaux, de physiothérapie, de structum et d'infiltrations intra-articulaires d'acide hyaluronique ainsi que d'une procédure chirurgicale au sens d'une arthroscopie avec assainissement du problème méniscal et débridement de

l'articulation, sachant que les mesures conservatrices ne permettraient pas de résoudre le problème mécanique. Il évoque également le fait qu'il ne peut donner aucune garantie de réussite compte tenu des atteintes cartilagineuses présentes. [...] »

Compte tenu de ces éléments, l'intimée a requis de la Cour de céans de prendre acte de l'annulation de la décision sur opposition du 14 mars 2022 et de la prise en charge de l'intervention du 24 août 2021, et, ceci fait, de lui renvoyer son dossier pour qu'elle poursuive l'instruction de la cause.

d) Le 12 juillet 2022, l'intimée a communiqué le dossier relatif à l'accident du 15 mars 1984.

e) Dans sa réplique du 27 octobre 2022, le recourant a acquiescé à la prise en charge par l'intimée de l'intervention du 24 août 2021. Toutefois, il a contesté que cette opération serait en lien de causalité avec l'événement du 15 mars 1984. Selon lui, elle avait été causée par l'accident du 20 septembre 2020. De surcroît, il a fait valoir que des factures relatives à des traitements en lien avec l'accident du 20 septembre 2020 et établies pour des prestations antérieures au 23 août 2021 n'avaient pas été prises en charge par l'intimée ; leur montant total s'élevait à 1'736 fr. 30. De même, des factures, à hauteur de 3'052 fr. 60, n'avaient également pas été prises en charge par l'intimée, alors qu'elles concernaient l'intervention du 24 août 2021. Dès lors, le recourant a modifié ses conclusions et requis que la décision sur opposition litigieuse soit réformée, en ce sens que l'intimée était tenue de prendre en charge principalement l'ensemble des troubles et les suites de l'événement du 20 septembre 2020, subsidiairement l'ensemble des troubles et les suites de l'événement du 15 mars 1984 ; dans les deux cas, l'intimée devait également verser les prestations légales ainsi que l'ensemble des coûts relatifs à l'intervention du 24 août 2021 qui avaient été prises en charge par l'assurance-maladie ou le recourant lui-même. Plus subsidiairement encore, il a conclu à l'annulation de la décision querellée, avec renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

f) Dans sa duplique du 9 novembre 2022, l'intimée s'est limitée à se référer à l'art. 53 al. 3 LPGA et à l'art. 83 al. 1 LPA-VD.

g) En date du 5 décembre 2022, le recourant a indiqué ne pas avoir de déterminations complémentaires à formuler.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit du recourant aux prestations temporaires (versement des indemnités journalières et prise en charge des traitements médicaux) de l'assurance-accidents.

c) Par conséquent, les conclusions du recourant relatives au remboursement de factures spécifiques concernant certains soins médicaux sont irrecevables, dans la mesure où l'intimée n'a pas tranché ces questions dans la décision querellée et qu'elles excèdent ainsi l'objet de la contestation.

3. A titre liminaire, il y a lieu de relever que l'art. 53 al. 3 LPGA prescrit que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

En l'espèce, l'intimée a annoncé acquiescer aux conclusions du recours, annuler la décision querellée, prendre en charge l'intervention du 24 août 2021 et reprendre l'instruction du dossier quant à la prise en charge de plus amples prestations non en tant que suites de l'accident de 2020, mais en tant que suites de l'accident de 1984. Ces indications ne sauraient toutefois constituer une reconsidération *pendente lite*, au sens de l'art. 53 al. 3 LPGA, hypothèse dans laquelle le recours serait alors devenu sans objet. En effet, une telle reconsidération doit prendre la forme d'une décision - remplaçant la décision sur opposition litigieuse - que l'assureur social est tenu de notifier sans délai aux parties et dont il doit donner connaissance à l'autorité de recours (cf. art. 58 al. 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. également TF 8C_526/2012 du 19 septembre 2012 consid. 3.2 et Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 105 ad art. 53 LPGA). Or, l'intimée n'a pas transmis à la Cour de céans une décision de reconsidération qu'elle aurait notifiée au recourant et la teneur de sa réponse vaut en définitive acquiescement aux conclusions du recours. Cela étant, un acquiescement est en principe inopérant en droit des

assurances sociales, en ce sens qu'il ne rend pas le litige sans objet et ne dispense ainsi pas le juge de se prononcer sur le recours (TF 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], *op. cit.*, p. 647, note de bas de page n° 168 ad art. 53 LPGA).

4. 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.

En particulier, l'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Quant à l'art. 16 al. 1 LAA, il prescrit que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

b/aa) 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).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

cc) 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_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

dd) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit

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

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, il y a lieu de constater que les appréciations des 25 octobre 2021 et 7 juin 2022 du Dr D._____ sont probantes.

En effet, le médecin d'arrondissement a fondé son appréciation sur une anamnèse complète, revenant sur les atteintes du

genou gauche antérieures à l'événement du 20 septembre 2020, et un examen minutieux du dossier médical du recourant. En particulier, il a pris en compte les différents rapports des médecins traitants du recourant, ainsi que les résultats objectifs d'examens médicaux, dont l'IRM du 20 octobre 2020. Il est singulièrement revenu sur le rapport du 25 mai 2021 du Dr G._____, relatif à l'examen clinique du 23 avril 2021. Ce médecin traitant relevait un historique d'instabilité rotulienne chez le recourant, ce qui avait conduit à une prise en charge chirurgicale en 1984 (à savoir une transposition médiale et probablement distale de la tubérosité tibiale antérieure associée à une section de l'aileron rotulien externe et à une plastie d'avancement du vaste médial). Il exposait également que le bilan radio-clinique mettait en évidence, d'une part, une gonarthrose nette à prédominance fémoro-patellaire et, dans une moindre mesure, fémoro-tibiale interne ; cette atteinte fémoro-patellaire s'était développée dans le contexte de la dysplasie trochléenne et d'une probable surcorrection par médialisation de la tubérosité tibiale antérieure. D'autre part, était observée une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne avec dégénérescence mucoïde et polykystique du ligament croisé antérieur, sans signe d'instabilité. Enfin, le médecin d'arrondissement a souligné que, dans son rapport du 17 juin 2021, le Dr W._____ relevait que les troubles au niveau fémoro-patellaire (avec une nette diminution de l'interligne articulaire fémoro-patellaire externe) étaient dégénératifs et indiquait également que l'IRM montrait une déchirure radiaire horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que des dégâts chondros relativement sévères (stade IV) focaux au niveau des compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire.

Se fondant sur ces éléments et de la littérature médicale, le médecin d'arrondissement a motivé de manière circonstanciée ses conclusions. Il a considéré que l'articulation du genou gauche du recourant présentait un état dégénératif prononcé avec des atteintes dans le compartiment interne et la région fémoro-patellaire, d'une part, et dans la région de la corne postérieure du ménisque interne, d'autre part. Il a confirmé l'absence de lien de causalité entre l'opération réalisée le

24 août 2021 - laquelle avait consisté en une arthroscopie avec assainissement du problème méniscal et une toilette articulaire avec débridement du cartilage fémoro-patellaire - et l'accident du 20 septembre 2020. Toutefois, les atteintes fémoro-patellaires dégénératives avaient été induites par l'accident du 15 mars 1984 et présentaient un lien de causalité avec l'intervention du 24 août 2021, dans la mesure où celle-ci avait compris la toilette articulaire avec débridement du cartilage fémoro-patellaire susdite. En revanche, pour ce qui étaient des atteintes dans la zone du ménisque interne, elles étaient dégénératives et ne présentaient pas de lien de causalité avec l'événement du 20 septembre 2020 ni avec celui du 15 mars 1984.

b) L'appréciation du Dr D._____ n'est pas sérieusement remise en cause par les rapports des 18 janvier et 5 mai 2022 du Dr W._____, celui-ci se limitant à affirmer que la lésion méniscale présentait un lien de causalité avec l'événement du 20 septembre 2020, sans étayer sa prise de position par des fondements objectifs.

c) Il y a dès lors lieu de retenir que l'opération du 24 août 2021 n'a pas été causée par l'événement du 20 septembre 2020 et ne doit dès lors pas être prise en charge par l'intimée à ce titre, tel que celle-ci l'a justement retenu dans la décision litigieuse.

Il convient cependant de constater qu'un lien de causalité existe entre l'opération du 24 août 2021 et les atteintes fémoro-patellaires causées par l'événement du 15 mars 1984, lequel est pris en charge par l'intimée. Il découle de ce qui précède que le dossier relatif à l'événement du 15 mars 1984 doit être retourné d'office à l'intimée, afin qu'elle prenne en charge ladite opération, le cas échéant les factures en lien avec celle-ci.

7. **a)** Dans la décision litigieuse, l'intimée s'est fondée sur les rapports des 25 octobre 2021 et 7 juin 2022 du Dr D._____ pour fixer l'interruption du lien de causalité entre l'accident du 20 septembre 2020 et les atteintes à la santé du recourant au 23 août 2021 au plus tard ; dès

cette date, celui-ci aurait en effet recouvré son état de santé tel qu'il aurait été sans ledit accident.

Or, le Dr D._____ ne s'est pas prononcé sur la question du rétablissement du *statu quo sine vel ante* du recourant, s'étant limité à déterminer quelle(s) atteinte(s) avai(en)t causé l'opération du 24 août 2021. Ses constatations ne sont ainsi pas suffisantes pour conclure, tel que l'a fait l'intimée, que l'état de santé du recourant tel qu'il l'aurait été sans l'accident du 20 septembre 2020 pouvait être considéré comme atteint en date du 23 août 2021 au plus tard.

De même, les rapports des 18 janvier et 5 mai 2022 du Dr W._____ ne sont pas convaincants, ce médecin s'étant contenté de retenir qu'il n'existait plus de relation de causalité entre les gonalgies et l'accident de 2020 à compter de la reprise par le recourant de son activité professionnelle à 100 % en date du 18 octobre 2021. Il n'a toutefois pas motivé son appréciation ou décrit l'état de santé du recourant ni les résultats d'un éventuel examen clinique.

b/aa) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

bb) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en

connaissance de cause sur la question du rétablissement du *statu quo sine vel ante*, respectivement sur la fin du versement des indemnités journalières ainsi que de la prise en charge des traitements médicaux en lien avec l'accident du 20 septembre 2020. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui reviendra de soumettre le cas à un médecin d'arrondissement, le cas échéant à un expert en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise judiciaire requise par le recourant.

8. a) En définitive, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer le dossier de la cause relatif à l'accident du 20 septembre 2020 à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision, ainsi que de lui transmettre le dossier relatif à l'accident du 15 mars 1984 pour qu'elle procède conformément aux considérants.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 14 mars 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est annulée, la cause relative à l'accident du 20 septembre 2020 lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Le dossier relatif à l'accident du 15 mars 1984 est transmis à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour qu'elle procède conformément aux considérants.

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à K. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :