

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2025

Composition : Mme Pasche, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Farron, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
Division assurance militaire**, à Lucerne, recourante,

F._____, à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de
Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

I._____SA, à [...], intimée.

**Art. 6 al. 1, 36 al. 1 et 103 al. 1 LAA ; 126 OLAA ; 6 et 26 LAM ; 31
OAM**

E n f a i t :

A. F._____, né en 1971, travaille en qualité de chef de [...] à plein temps pour le compte de la Ville de [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'I._____SA.

Par déclaration de sinistre du 23 janvier 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son employeur, a annoncé un accident, survenu le 13 décembre 2022, lors duquel il a glissé sur une plaque de glace en sortant de sa voiture et heurté le genou gauche au sol. Il précisait avoir ressenti immédiatement une forte douleur.

Le 22 décembre 2022, l'assuré a consulté le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a constaté une tuméfaction du genou gauche et prescrit de la physiothérapie. Le médecin précité a ensuite adressé son patient au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 26 décembre 2022, une IRM du genou gauche de l'assuré a été réalisée, laquelle a mis en évidence une rupture de la plastie du ligament croisé antérieur (LCA), une perte de la substance du ménisque interne avec extrusion et plusieurs lésions de la corne postérieure (à corrélérer aux antécédents), une lésion radiaire transfixiante de la corne postérieure méniscale externe (également à corrélérer aux antécédents), une gonarthrose tricompartmentale centrée sur le compartiment fémoro-tibial interne avec chondropathie de grade IV, ainsi qu'un épanchement articulaire de faible abondance.

Dans un rapport du 10 janvier 2023, le Dr H._____, qui a ausculté l'assuré le 9 janvier 2023, a posé les diagnostics de rupture de la plastie du LCA avec déchirure du ménisque externe et chondropathie interne. Il a proposé à l'assuré une intervention stabilisatrice sous forme d'une ostéotomie de valgisation du tibia gauche associée à un geste de suture du ménisque externe. Il précisait que l'intervention devrait être

fixée dans un délai si possible court et demandait à I. _____ SA de bien vouloir garantir la prise en charge de cette intervention.

Le 20 février 2023, l'assuré a rempli un questionnaire à l'attention d'I. _____ SA, en expliquant qu'à peine sorti de son véhicule, il avait glissé sur une plaque de glace et chuté. Son corps était alors parti en arrière et cela avait entraîné une hyperflexion de sa jambe gauche, provoquant une décharge dans son genou. Il précisait qu'il avait ressenti des douleurs immédiatement et durant les dix premiers jours après la chute, puis que ces douleurs avaient légèrement diminué. Depuis lors, son genou se bloquait régulièrement et il souffrait de douleurs occasionnelles. L'assuré indiquait en outre qu'il avait souffert d'une rupture du LCA en 1990 et 1995 et n'avait plus eu de problèmes depuis, puis avait été victime d'une déchirure du ménisque à la suite d'un accident en 2017.

Aux termes d'un rapport d'évaluation du 16 mars 2023, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'I. _____ SA, a mentionné que l'évènement du 13 décembre 2022 n'avait entraîné qu'une décompensation transitoire (aggravation temporaire) de l'état antérieur du genou gauche (gonarthrose) et que le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint le 26 décembre 2022, date de l'IRM, dans la mesure où cet examen démontrait la présence d'anciennes lésions et l'absence de nouvelles lésions traumatiques.

B. I. _____ SA a complété le dossier de l'assuré avec la documentation relative aux accidents antérieurs qu'il avait subis, à savoir :

- un premier accident (chute à ski) en mars 1990, pris en charge par la CNA, Division assurance militaire (ci-après : la CNA), ayant entraîné une désinsertion proximale du LCA du genou gauche et nécessité une réinsertion au plafond de ce dernier le 25 mars 1990 ;
- un deuxième accident (glissade en jouant au football à l'école de recrues) le 17 février 1992, également pris en

- charge par la CNA, ayant entraîné une entorse en valgus/rotation externe de stade I à II du ligament latéral interne (LLI) et probable étirement du LCA avec traitement conservateur ;
- un troisième accident (en jouant au volleyball ou tennis) le 14 septembre 1995, pris en charge par « V. _____ » devenue ensuite R. _____, ayant occasionné une rupture du LCA du genou gauche et nécessité une plastie du LCA par arthroscopie le 1^{er} novembre 1995 ;
 - et enfin un quatrième accident survenu le 12 juillet 2017, pris en charge par T. _____, ayant entraîné une déchirure du ménisque interne gauche et nécessité une méniscectomie interne partielle du genou gauche avec résection d'un volumineux fragment osseux situé en avant de l'échancrure et excision d'un cyclope ;

C. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'I. _____ SA, qui a rédigé une prise de position le 26 mars 2023. Selon lui, l'événement du 13 décembre 2022 n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire de l'état antérieur du genou gauche de l'assuré. Le Dr G. _____ a en particulier relevé qu'au vu des éléments médicaux disponibles, il y avait lieu de retenir une aggravation progressive avec les années d'une arthrose tricompartmentale de ce genou, ajoutant que la lésion méniscale apparue en 2022 était de façon probable la conséquence de cette arthrose du compartiment externe qui l'avait provoquée et avait été mise en évidence par l'évènement du 13 décembre 2022. Il a estimé que le statu quo sine avait été atteint trois mois après l'évènement, le lien de causalité entre l'accident du 13 décembre 2022 et les troubles du genou gauche de l'assuré n'étant plus donné au-delà du 13 mars 2023.

Par courrier du 5 avril 2023, I. _____ SA a informé l'assuré de l'interruption du versement des prestations au 14 mars 2023, faute de lien

de causalité entre l'évènement du 13 décembre 2022 et les troubles persistants au-delà de cette date.

Le 11 avril 2023, l'assuré a subi une opération chirurgicale par arthroscopie du genou gauche consistant en une méniscectomie externe partielle et en l'ablation des fragments déchirés du LCA, ainsi qu'en une ostéotomie de valgisation du tibia gauche.

Lors d'une consultation du 24 avril 2023, le Dr H._____ a constaté une bonne évolution de l'état du genou gauche de l'assuré avec peu de douleurs et a procédé à l'ablation des fils.

Dans un rapport du 27 avril 2023, le Dr D._____ a pris position en relevant que l'avis du Dr G._____ était incohérent et que la rupture de la plastie du LCA et la déchirure du ménisque externe du genou gauche de l'assuré étaient d'origine accidentelle, si bien qu'il fallait admettre l'existence d'un lien de causalité entre ces atteintes et l'évènement du 13 décembre 2022.

Par courrier du 24 mai 2023, I._____SA a demandé à la CNA si un cas existait auprès de cette assurance concernant un accident survenu en mars 1990.

Par courrier du 12 juillet 2023, la CNA a informé I._____SA de sa contestation au sujet du refus de celle-ci de prendre en charge le cas de l'assuré au-delà du 13 mars 2023 à la suite de l'accident survenu le 13 décembre 2022.

Le 19 juillet 2023, l'assuré a consulté la Dre J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, dans une lettre de consultation du même jour, a mentionné que l'assuré décrivait qu'il avait déposé les cannes le 25 juin 2023 et qu'il présentait des douleurs depuis lors, ce qui n'était pas le cas quand il s'en servait. Celui-ci avait noté une tuméfaction locale stable avec un léger œdème inflammatoire depuis l'intervention, mais pas toujours

présent, précisant qu'il avait fait un tour à vélo de 10 km et qu'il avait dû s'arrêter après 8 km.

Dans un courrier du 27 juillet 2023 à I. _____ SA, faisant suite à sa contestation du 12 juillet 2023, la CNA a conclu que la rupture de la plastie du LCA et la déchirure radiaire du ménisque gauche à la suite de l'accident du 13 décembre 2022 n'était pas à sa charge et que les frais relatifs à ces atteintes étaient à la charge d'I. _____ SA, en précisant que sa responsabilité était donnée en ce qui concernait la gonarthrose au genou gauche.

Le 16 août 2023, l'assuré a consulté le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a constaté une évolution excellente à quatre mois postopératoires avec des cicatrices calmes, des amplitudes quasi-complètes et l'absence de douleurs.

Lors d'une consultation du 1^{er} septembre 2023, le Dr H. _____ a constaté une nette diminution des douleurs et une récupération progressive de la fonction du genou. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 17 juillet 2023 au 3 septembre 2023 avec une reprise d'activité à 50% à partir du 4 septembre 2023, moyennant quelques aménagements (éviter la station debout prolongée, les sauts, la course et le port de charges trop importantes).

Dans une évaluation du 18 septembre 2023, le Dr G. _____ a confirmé sa précédente prise de position, selon laquelle l'accident du 13 décembre 2022 n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire de l'état antérieur du genou gauche de l'assuré. Selon lui, la rupture de la plastie du LCA était préexistante de façon probable à l'accident incriminé. Quant à la lésion méniscale externe complexe d'aspect dégénératif, elle avait été provoquée de façon probable par la chondropathie du compartiment externe. En définitive, l'indication chirurgicale d'ostéotomie tibiale et de suture du ménisque externe était justifiée par une chondropathie interne

associée à une extrusion méniscale avec pour objectif de tenter de ralentir l'évolution arthrosique.

Par décision du 17 octobre 2023, notifiée notamment à l'assuré et à la CNA, l'____SA a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 14 mars 2023, au motif que l'évènement du 13 décembre 2022 n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire d'un état antérieur, si bien que le lien de causalité entre cet évènement et les troubles au genou gauche n'était plus donné après le 13 mars 2023.

Par courrier du 31 octobre 2023, l'assuré, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP), a formé opposition contre la décision d'l'____SA du 17 octobre 2023, en faisant valoir que celle-ci n'avait pas tenu compte de la prise de position de la CNA et qu'un lien de causalité était établi, au stade de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident du 13 décembre 2022 et les troubles constatés en 2023, de sorte qu'l'____SA devait admettre de verser en sa faveur des prestations au-delà du 13 mars 2023.

Le 2 novembre 2023, la CNA a également fait opposition à la décision d'l'____SA du 17 octobre 2023, en concluant à ce que la responsabilité d'l'____SA soit admise pour la rupture de la plastie du LCA et pour la déchirure du ménisque gauche à la suite de l'accident du 13 décembre 2022 et, partant, à ce que l'ensemble des prestations liées à cet accident soit à la charge d'l'____SA, en particulier les frais liés à l'intervention du 11 avril 2023, ainsi que l'intégralité de son suivi médical. Son opposition se fondait en particulier sur les rapports des 24 juillet 2023 et 30 octobre 2023 du Dr X.____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de la CNA, selon lesquels la gonarthrose au genou gauche de l'assuré était bel et bien une séquelle tardive des évènements de 1990 et 1992, à la charge de celle-ci, mais que, concernant la rupture de la plastie du LCA, laquelle était survenue au décours du traumatisme du 13 décembre 2022, il s'agissait d'une nouvelle lésion organique et donc d'une aggravation déterminante de l'état antérieur, et non pas d'une aggravation passagère de la gonarthrose préexistante. Quant à la lésion

radiaire du ménisque externe, celle-ci devait être considérée comme étant d'origine mixte post-traumatique récente sur ménisque dégénératif.

I. _____ SA a soumis le dossier de l'assuré au Dr Y. _____ pour une nouvelle prise de position. Aux termes d'un rapport du 3 mars 2024, auquel était jointe de la documentation médicale, ce spécialiste a retenu que l'évènement du 13 décembre 2022 avait entraîné une décompensation transitoire d'un état préexistant et que la rupture du LCA et la lésion méniscale externe n'avaient pas été provoquées par l'évènement en question. Il a ainsi confirmé que le statu quo sine avait été atteint trois mois après la survenance du traumatisme, soit le 13 mars 2023.

Par décision sur opposition du 4 avril 2024, notifiée à l'assuré ainsi qu'à la CNA, I. _____ SA a rejeté l'opposition de l'intéressé du 31 octobre 2023, comme celle de la CNA du 2 novembre 2023, et a confirmé sa décision du 17 octobre 2023.

D. Par acte du 3 mai 2024, la CNA a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce qu'I. _____ SA soit condamnée à prendre en charge les conséquences économiques de l'évènement du 13 décembre 2022 (frais de l'intervention du 11 avril 2023 et l'entier du suivi médical). Elle a en substance relevé qu'avant l'accident du 13 décembre 2022, l'assuré présentait déjà une gonarthrose gauche, qu'elle avait considérée comme une séquelle tardive des traumatismes survenus au service militaire en 1990 et 1992, si bien qu'elle avait toujours admis sa responsabilité à l'égard de cette affection. Toutefois, lors de l'accident incriminé, l'assuré avait été victime d'une toute nouvelle lésion organique (rupture de la plastie du LCA), qui avait constitué une aggravation de l'état antérieur du genou gauche, et non une aggravation temporaire de la gonarthrose préexistante. La recourante s'est en particulier référée à l'appréciation médicale du Dr X. _____ du 24 juillet 2023.

Cette cause a été enregistrée sous la référence AA 51/24.

Par acte du 6 mai 2024, F._____, toujours représenté par la CAP, a également recouru contre la décision sur opposition d'I._____SA du 4 avril 2024, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que les prestations LAA lui soient servies au-delà du 13 mars 2023, subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, et plus subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à I._____SA pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. Il s'est pour l'essentiel prévalu d'un courriel du Dr H._____ du 30 avril 2024, joint à son envoi, selon lequel le lien de causalité entre l'accident survenu le 13 décembre 2022 et les traumatismes constatés au-delà du 13 mars 2023 était clairement établi et, partant, la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un spécialiste du genou pour apprécier le lien de causalité de manière plus précise et impartiale justifiée.

Cette cause a été enregistrée sous la référence AA 52/24.

Dans sa réponse du 3 juillet 2024 en la cause AA 51/24, I._____SA a implicitement conclu au rejet du recours et a estimé qu'elle avait à juste titre mis un terme au versement de ses prestations au 13 mars 2023, faute de lien de causalité, au-delà de cette date, entre les atteintes au genou gauche de l'assuré et l'accident du 13 décembre 2022. Elle a joint à son écriture un rapport du Dr Y._____ du 6 juin 2024, selon lequel l'événement du 13 décembre 2022 avait provoqué une décompensation transitoire d'un état préexistant.

Par une autre réponse du 3 juillet 2024 relative à la cause AA 52/24, l'intimée s'est référée à la prise de position du 16 mars 2023 de son médecin-conseil, le Dr Y._____, qui, à la lecture de l'IRM réalisée deux semaines après l'évènement du 13 décembre 2022, avait constaté l'absence de lésion en lien de causalité naturelle avec l'accident en question. Ce médecin avait en outre expliqué que l'aspect du pivot central et le volume restreint de l'épanchement articulaire étaient des signes évidents permettant de conclure à une rupture ancienne de la plastie du LCA et donc préexistante à l'évènement du 13 décembre 2022. Il avait

ainsi conclu que le traumatisme du 13 décembre 2022 n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire de l'état antérieur du genou gauche sans toutefois l'engendrer, en ayant uniquement activé les douleurs. L'intimée a également mentionné les avis subséquents des 26 mars et 18 septembre 2023 du Dr G._____, lesquelles confirmaient l'appréciation du Dr Y._____. Celui-ci avait encore confirmé sa position dans un avis du 3 mars 2024, expliquant les raisons pour lesquelles, après le 13 mars 2022, les troubles au genou gauche du recourant ne se trouvaient plus en relation de causalité avec l'évènement survenu à cette date. Le Dr Y._____ avait encore relevé que l'accident survenu le 13 décembre 2022 avait généré un mouvement d'hyperflexion de la jambe gauche du recourant de faible énergie, lequel ne pouvait pas entraîner une rupture de la plastie du LCA. En outre, la gonarthrose tricompartmentale avec lésion méniscale externe était une affection dégénérative qui ne se trouvait pas en lien de causalité avec l'évènement du 13 décembre 2022. L'intimée a encore soutenu que dans sa prise de position du 30 avril 2024, le Dr H._____ avait adopté un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc », dénué de valeur probante. Enfin, elle s'est référée à l'avis du 6 juin 2024 du Dr Y._____, aux termes duquel celui-ci a confirmé ses précédentes appréciations ainsi que celles du Dr G._____, et a estimé que la position de son médecin-conseil, soutenue par la littérature médicale, pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante, contrairement à l'argumentation du Dr H._____. L'intimée a joint à son écriture le rapport du 6 juin 2024 précité.

Par réplique du 22 août 2024 en la cause AA 51/24, la recourante a maintenu ses conclusions, en soutenant que le différend n'avait pas à être tranché sous l'angle de la causalité mais en application des règles fédérales de coordination existantes. Dans la mesure où l'assuré avait subi une nouvelle lésion organique lors de l'accident du 13 décembre 2022, laquelle avait constitué une aggravation déterminante de l'état antérieur de son genou gauche, et non pas une aggravation temporaire de sa gonarthrose existante, les frais consécutifs à l'intervention chirurgicale, ainsi que le suivi, devaient être pris en charge

par l'intimée, assureur responsable de l'aggravation survenue à la suite de l'accident chronologiquement plus récent.

Par courrier du 18 septembre 2024, l'intimée a demandé la jonction des causes pendantes, enregistrées sous numéros de référence AA 51/24 et AA 52/24.

Le 24 septembre 2024, la juge instructrice a fait savoir à l'intimée que sa requête en jonction de causes était rejetée en l'état.

Répliquant le 1^{er} octobre 2024 dans la cause AA 52/24, le recourant a maintenu ses conclusions, en relevant que la position de l'intimée n'était pas soutenable, au vu notamment des imageries de son genou et que la doctrine médicale produite par celle-ci ralliant sa cause, pouvait être d'emblée écartée. En annexe à sa réplique, il a produit un rapport du Dr H. _____ du 25 septembre 2024, selon lequel les troubles causés par l'accident du 13 décembre 2022 étaient bien à l'origine, de manière certaine, de la décompensation du genou gauche et de l'instabilité générée par la rupture de la plastie du LCA.

Dupliquant le 23 octobre 2024 dans la cause AA 51/24, l'intimée a relevé que la situation de l'assuré n'était pas caractérisée par une aggravation déterminante mais par une aggravation temporaire qui avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 13 mars 2023. Elle a renvoyé pour le surplus à son mémoire de réponse du 3 juillet 2024 ainsi qu'à la décision sur opposition du 4 avril 2024, tout en rappelant que le Dr Y. _____, dans sa prise de position du 6 juin 2024, avait clairement exposé les raisons pour lesquelles l'évènement du 13 décembre 2022 n'était pas responsable de la rupture de la plastie du LCA et de la déchirure radiaire du ménisque gauche.

Par une autre duplique du 23 octobre 2024 relative à la cause AA 52/24, l'intimée s'est référée à sa réponse du 3 juillet 202, ainsi qu'à sa décision sur opposition du 4 avril 2024, en soutenant que le Dr H. _____, dans son avis du 25 septembre 2024, n'expliquait pas les raisons

médicales pour lesquelles l'accident du 13 décembre 2022 serait à l'origine de la « rupture du LCA » et se limitait à confirmer que l'assuré ne souffrait pas du genou gauche avant l'évènement en question, ce qui, du point de vue asséculoologique, n'était pas une motivation suffisante.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 78a LAA, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) statue sur les contestations pécuniaires entre assureurs. Il est compétent pour trancher lequel des assureurs est tenu d'allouer ses prestations selon le droit matériel (conflit négatif de compétence), ainsi que lorsqu'un assureur demande à un autre de lui rembourser des prestations qu'il a servies à un assuré (cf. ATF 140 V 321 consid. 3.7.3 ; 127 V 176 consid. 4d et les références) et en cas de désaccord entre assureurs sur l'étendue respective de leurs prestations (TF 8C_121/2019 du 29 mai 2020 consid. 5.3.1 et la référence).

La procédure selon l'art. 78a LAA n'interdit pas à l'assureur de rendre une décision, ainsi qu'une décision sur opposition, par lesquelles il notifie à l'assuré son refus d'allouer des prestations, motif pris qu'il s'estime non compétent, tout en communiquant sa décision à l'assureur qu'il tient pour compétent (ATF 125 V 324 consid. 1b). Selon la jurisprudence, ladite décision peut alors être contestée d'une manière indépendante mais en faveur de l'assuré (« Drittbeschwerde pro Verfügungsadressat ») par ce second assureur, d'abord par une opposition, puis par un recours auprès du tribunal cantonal des assurances. Dans ce cas de figure, le point de savoir quel assureur doit verser les prestations d'assurance est décidé par le tribunal cantonal (TF 8C_121/2019 précité consid. 5.3.1 et 8C_606/2007 du 27 août 2008 consid. 9.2). L'assureur-accidents dispose ainsi d'un droit de recourir contre la décision de l'autre assureur déclinant son obligation de prester puisqu'il pourrait être appelé à octroyer des prestations à la place de ce dernier (TF 8C_606/2007 précité consid. 9.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3e éd. 2016, n. 901).

Cela ne signifie toutefois pas que l'assureur social ait la qualité d'autorité revêtue du pouvoir de rendre une décision à l'égard d'un autre assureur de même rang quant à l'obligation éventuelle de prester de celui-ci (ATF 120 V 489 consid. 1a ; TF 8C_121/2019 précité consid. 5.2 et les références). L'art. 78a LAA a été intégré dans la loi précisément parce qu'un assureur-accidents qui ne s'estime pas compétent pour la prise en charge d'un événement accidentel n'a aucun pouvoir décisionnel à l'égard d'un autre assureur-accidents ou de la Caisse supplétive LAA (TF 8C_293/2009 du 23 octobre 2009 consid. 4). Il ne peut dès lors pas contraindre un autre assureur social, par voie de décision, à lui rembourser les prestations allouées à un assuré (ATF 127 V 176 consid. 4a; 120 V 486 consid. 1a) (voir TF 8C_694/2021 du 5 juillet 2022, consid. 3.3).

b) 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).

c) En l'espèce, l. _____ SA a rendu une décision sur opposition le 4 avril 2024, confirmant sa décision du 17 octobre 2023, selon laquelle le lien de causalité entre l'événement du 13 décembre 2022 et les troubles au genou gauche de l'assuré n'était plus donné au-delà du 13 mars 2023, de sorte qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations à compter de cette date. l. _____ SA a adressé aussi bien sa décision du 17 octobre 2023 que sa décision sur opposition du 4 avril 2024 à la W. _____, qu'elle tient implicitement pour responsable de la prise en charge des suites de l'atteinte au genou de l'assuré, postérieurement au 13 mars 2023. Dès lors qu'l. _____ SA a notifié la décision sur opposition

litigieuse, non seulement à l'assuré mais également à la W._____, cette dernière pouvait la contester.

Par ailleurs, dans la mesure où la W._____ a déposé son recours 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 en respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), celui-ci est recevable.

d) La qualité pour recourir de F._____ est également acquise. Son recours a en outre également été déposé en temps utile et dans les formes requises, de sorte qu'il est recevable.

2. L'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune, cette disposition étant rédigée de manière potestative (TF 1C_632/2018 du 16 avril 2020 consid. 3.2.1).

Après une instruction séparée des causes AA 51/24 et AA 52/24, celles-ci sont jointes, vu leur caractère connexe, pour faire l'objet du présent arrêt sous la référence unique AA 51/24.

3. Le litige porte principalement sur le bien-fondé de la décision sur opposition d'I._____SA du 4 avril 2024, singulièrement sur le droit du recourant aux prestations de cet assureur pour la période postérieure au 13 mars 2023.

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.

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). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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).

c/aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

bb) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 146 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

cc) Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) A teneur de l'art. 103 al. 1 LAA, qui a pour titre « assurance militaire », lorsqu'un assuré a droit à la fois aux prestations de l'assurance militaire et à celles de l'assurance-accidents, chaque assurance verse une fraction des rentes, des indemnités pour atteinte à l'intégrité et des allocations pour impotent ainsi que, en dérogation à l'art. 65 let. a LPGA, des indemnités pour frais funéraires correspondant à la part du dommage total lui incombant. Pour les autres prestations, seul intervient l'assureur tenu directement à prestations selon la législation applicable.

Le Conseil fédéral peut prévoir des dérogations et édicter des dispositions particulières sur l'obligation d'allouer des prestations en cas de rechutes, de lésions d'organes pairs et de pneumoconioses. Il peut régler la coordination des indemnités journalières des deux assurances (art. 103 al. 2 LAA). A cet égard, l'art. 126 OLAA dispose en particulier qu'est réputé directement tenu de verser les prestations, en vertu de l'art. 103 al. 1 LAA, l'assureur qui doit allouer des prestations en raison de l'aggravation actuelle de l'atteinte à la santé (al. 1). Tant qu'il est tenu de verser les prestations pour l'aggravation actuelle de l'atteinte à la santé, l'assureur doit également allouer des prestations pour les séquelles et les rechutes résultant d'un accident antérieur. Les prestations seront ensuite allouées par l'assureur qui était tenu de verser les prestations pour l'accident antérieur (art. 126 al. 2 OLAA). Lorsque l'accident est en rapport avec une atteinte préexistante à la santé, l'assureur compétent au moment de cet accident n'est tenu de verser les prestations que pour les suites de celui-ci (art. 126 al. 4 OLAA).

b) Selon l'art. 6 LAM, si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au

degré de vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée.

L'art. 76 LAM prévoit que lorsqu'un assuré a droit à la fois aux prestations de l'assurance militaire et à celles de l'assurance-accidents, chaque assurance verse une fraction des rentes, des indemnités pour atteinte à l'intégrité, des indemnités pour impotent et, en dérogation à l'art. 65 let. a LPGA, des indemnités pour frais funéraires, correspondant à la part du dommage total lui incombant. Pour les autres prestations, seule intervient l'assurance tenue directement à prestations selon la législation applicable. Quant à l'art. 31 OAM, il dispose en particulier qu'est réputé directement tenu de verser les prestations, en vertu de l'art. 76 de la loi, l'assureur qui doit allouer des prestations en raison de l'aggravation effective de l'affection (al. 1). Tant qu'il est tenu de verser les prestations pour l'aggravation effective de l'affection, l'assureur doit également allouer des prestations pour les séquelles tardives et les rechutes résultant d'un accident antérieur. Les prestations seront ensuite allouées par l'assureur qui était tenu de verser les prestations pour l'accident antérieur (art. 31 al. 2 OAM). Lorsque l'accident est en rapport avec une atteinte préexistante à la santé, l'assureur compétent au moment de cet accident n'est tenu de verser les prestations que pour les suites de celui-ci (art. 31 al. 4 OAM).

6. a) En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les appréciations de ses médecins-conseils, les Drs Y. _____ (rapports des 16 mars 2023 et 3 mars 2024) et G. _____ (rapports des 26 mars 2023 et 18 septembre 2023), pour mettre un terme au versement de ses prestations au 13 mars 2023, par décision sur opposition du 4 avril 2024, confirmant sa décision du 17 octobre 2023.

Le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant en particulier de l'avis du Dr H. _____ (rapports des 30 avril 2024 et 25 septembre 2024), selon lequel le lien de causalité entre l'accident survenu le 13 décembre 2022 et les traumatismes constatés au-delà du 13 mars 2023 était clairement établi et, partant, la mise en œuvre d'une expertise

auprès d'un spécialiste du genou pour apprécier le lien de causalité de manière plus précise et impartiale justifiée.

Quant à la recourante, elle se fonde pour l'essentiel sur l'appréciation du 24 juillet 2023 de son médecin-conseil, le Dr X._____.

b) En l'occurrence, dans la déclaration de sinistre du 23 janvier 2023, le recourant a indiqué avoir glissé sur une plaque de glace en sortant de sa voiture le 13 décembre 2022 et heurté le genou gauche au sol. Dans la description du déroulé de l'évènement, il a précisé avoir immédiatement ressenti une forte douleur après la chute.

L'IRM du genou gauche réalisée moins de deux semaines après la chute, soit le 26 décembre 2022, a montré une rupture de la plastie du LCA, une perte de la substance du ménisque interne avec extrusion et plusieurs lésions de la corne postérieure, une lésion radiaire transfixiante de la corne postérieure méniscale externe, une gonarthrose tricompartmentale centrée sur le compartiment fémoro-tibial interne avec chondropathie de grade IV, ainsi qu'un épanchement articulaire de faible abondance.

Moins de quatre mois après l'accident, l'assuré a subi, le 11 avril 2023, une opération chirurgicale par arthroscopie du genou gauche consistant en une méniscectomie externe partielle et en l'ablation des fragments déchirés du LCA, ainsi qu'en une ostéotomie de valgisation du tibia gauche, réalisée par le Dr H._____.

c) En l'espèce, il est constant que l'assuré a été victime de plusieurs accidents antérieurement à celui du 13 décembre 2022, soit tout d'abord en mars 1990, une chute à ski, ayant entraîné une désinsertion proximale du LCA du genou gauche et nécessité une réinsertion au plafond de ce dernier le 25 mars 1990. Cet accident a été pris en charge par la recourante. Puis, en février 1992, l'assuré a glissé en jouant au football, ce qui a occasionné une entorse en valgus/rotation externe de stade I à II du ligament latéral interne (LLI) et probable étirement du LCA

avec traitement conservateur. Cet accident a également été pris en charge par la recourante. Puis, en septembre 1995, l'assuré a subi un traumatisme, ayant provoqué une rupture du LCA du genou gauche et nécessité une plastie du LCA par arthroscopie le 1^{er} novembre 1995. Cet accident a été pris en charge par « V. _____ » devenue ensuite R. _____. Enfin, en juillet 2017, l'assuré a été victime d'un nouveau traumatisme, lequel a entraîné une déchirure du ménisque interne gauche et nécessité une méniscectomie interne partielle du genou gauche avec résection d'un volumineux fragment osseux situé en avant de l'échancrure et excision d'un cyclope. Cet évènement a été pris en charge par T. _____.

d/aa) L'intimée est d'avis que l'évènement du 13 décembre 2022 n'a fait qu'aggraver temporairement l'état antérieur du genou de l'assuré. Elle se fonde en particulier sur l'appréciation du Dr Y. _____ du 6 juin 2024, qui y a relevé notamment que l'aspect « IRM » de la plastie du LCA était compatible avec une ancienne rupture, puisqu'en cas de rupture fraîche, l'on retrouvait généralement un œdème dans la plastie qui apparaissait plus épaisse que normalement. Or dans le cas de l'assuré, il n'y avait pas d'œdème et l'on retrouvait un amincissement voire une disparition des fibres de la plastie. Dans un avis antérieur du 16 mars 2023, le Dr Y. _____ avait en particulier mentionné qu'il n'avait pas en sa possession le rapport opératoire de 2017 qui permettrait d'évaluer l'état de la plastie et l'état cartilagineux du genou. Cela étant, il a relevé que l'IRM du 26 décembre 2022 montrait entre autres un petit épanchement et l'absence de signe de contusion osseuse postéro-externe qui traduirait un mécanisme d'entorse à énergie suffisante pour provoquer une rupture de la plastie. Ces éléments, de même que l'aspect du pivot central, permettaient d'affirmer qu'il était probable, voire certain, que l'absence de LCA était ancienne. Puis, dans un avis du 3 mars 2024, le Dr Y. _____ a confirmé sa position, en relevant notamment qu'il existait des signes radiologiques d'une rupture ancienne de la plastie du LCA, tels que l'absence totale de plastie, la présence d'une très faible contusion osseuse postéro externe compatible avec le mouvement en hyperflexion du genou et la présence d'une faible quantité d'épanchement intra-articulaire compatible avec une décompensation traumatique de la gonarthrose

tricompartimentale. Enfin, selon ce spécialiste, le mécanisme lésionnel n'était pas compatible avec une rupture traumatique d'une plastie du LCA. Le Dr G._____ s'est rallié à l'avis du Dr Y._____ en retenant une aggravation progressive avec les années d'une arthrose tricompartimentale du genou gauche du recourant, précisant que la lésion méniscale externe, apparue en 2022, était de façon probable la conséquence de l'arthrose du compartiment externe qui l'avait provoquée et avait été mise en évidence par l'évènement du 13 décembre 2022. Il ne s'est toutefois pas prononcé de manière claire s'agissant de l'origine de la rupture de la plastie du LCA mais s'est contenté d'affirmer que l'IRM réalisée en 2022 ne montrait pas de signes en faveur d'une lésion traumatique récente en l'absence de contusion osseuse et d'épanchement intra-articulaire (cf. avis du 26 mars 2023). Le Dr G._____ a confirmé sa position, dans un avis du 18 septembre 2023, en affirmant que la rupture de la plastie du LCA était préexistante de façon probable à l'accident incriminé et que la lésion méniscale externe complexe d'aspect dégénératif, avait été provoquée de façon probable par la chondropathie du compartiment externe.

bb) Aux avis des médecins-conseils de l'intimée s'oppose l'avis du médecin-conseil de la recourante, le Dr X._____. En effet, si celui-ci a admis que la gonarthrose gauche que présentait l'assuré était une séquelle tardive, consécutive aux traumatismes survenus pendant les périodes à charge de l'assurance militaire avec lésion du LCA (en 1990 et 1992), ainsi qu'à celui subi en 1995 (cf. avis du 24 juillet 2023), il a considéré, en revanche, que la rupture de la plastie du LCA et la déchirure radiaire du ménisque externe étaient consécutives au traumatisme survenu le 13 décembre 2022 et, partant, en lien de causalité avec celui-ci. Le spécialiste précité a notamment relevé, dans un avis du 24 juillet 2023, que, lors de l'opération réalisée en 2017, il avait été constaté une plastie du LCA intègre et bien tendue. L'assuré ne présentait donc aucune lésion de cette plastie du LCA à cette date. Le Dr X._____ a également relevé que l'œdème osseux du plateau tibial postéro-externe avec détachement d'un ostéophyte du plateau tibial décrit par le radiologue parlait en faveur d'un traumatisme récent, au degré de vraisemblance

prépondérante. Ainsi, la rupture de la plastie du LCA était survenue lors de l'évènement du 13 décembre 2022 et constituait une aggravation déterminante de l'état antérieur en raison de lésions organiques nouvelles. La symptomatologie consécutive à ce traumatisme (instabilité tout particulièrement) n'était pas uniquement liée à la gonarthrose préexistante. Concernant le ménisque externe, même si une composante dégénérative devait être considérée dans l'analyse des lésions constatées sur l'IRM du 26 décembre 2022, l'examen per-opératoire de 2017 décrivait un ménisque externe et un cartilage du compartiment externe sans particularité. Ainsi, il fallait également considérer que la déchirure radiaire était une lésion post-traumatique.

cc) Le recourant, pour sa part, rejoint la position de la recourante, en plaidant que l'atteinte à son genou gauche est bien en lien avec l'accident du 13 décembre 2022, et ce, au-delà du 13 mars 2023. Il se fonde sur les avis des 30 avril 2024 et 25 septembre 2024 du Dr H._____, qui a relevé que l'assuré, [...] de métier et donc amené à effectuer des interventions « musclées » et pratiquant des sports de contact depuis de nombreuses années, n'avait pas rencontré le moindre problème de stabilité au niveau de son genou jusqu'à l'accident du 13 décembre 2022. Selon ce médecin, l'évènement en question était tout à fait adéquat pour expliquer les lésions que l'assuré avait présentées au niveau du pivot central de son genou gauche avec la rupture de la plastie du LCA. Le Dr H._____ a encore précisé, dans son avis du 25 septembre 2024, que l'intervention de stabilisation du genou, réalisée le 11 avril 2023, découlait directement de l'accident du 13 décembre 2022, cette articulation étant, avant cet évènement, non symptomatique d'une instabilité, ni douloureuse. L'IRM réalisée en 2022 montrait une arthrose dans le plan sagittal qui ne correspondait pas à une laxité chronique du genou liée à une insuffisance du LCA car celle-ci aurait entraîné une usure postérieure du compartiment interne. A la suite de l'opération effectuée le 11 avril 2023 et de l'ablation du matériel le 17 septembre 2024, l'assuré avait retrouvé ses capacités tant sur le plan professionnel que dans la pratique d'activités sportives. L'ensemble de ces éléments tendait à prouver que les troubles causés par l'accident du 13 décembre 2022

étaient à l'origine de manière certaine de la décompensation de ce genou et de l'instabilité générée par la rupture de la plastie du LCA.

d) En l'occurrence, il y a lieu de constater que les avis des médecins-conseils de l'intimée, d'une part, et l'avis du médecin-conseil de la recourante, appuyé par le Dr H._____, d'autre part, divergent. Or, comme rappelé ci-avant (cf. consid. 3 let. c), les rapports des médecins employés de l'assurance ne sont à prendre en considération que pour autant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions.

A cet égard, l'appréciation du Dr X._____, rejointe par celle du Dr H._____, fait bien subsister des doutes sur la teneur des avis des Drs Y._____ et G._____, médecins-conseils de l'intimée. On relèvera encore qu'il importe peu, dans ce contexte, que les médecins-conseils de l'intimée aient confirmé à plusieurs reprises leur position, respectivement que les deux médecins-conseils soient d'accord entre eux lorsque, comme en l'espèce, la décision administrative s'appuie exclusivement sur leurs appréciations (médecins internes à l'assurance) et que d'autres médecins émettent un avis pouvant se voir attribuer un caractère probant qui laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de ces appréciations.

On notera également que l'argument de l'intimée qui consiste à soutenir que le Dr H._____ a adopté un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » n'a pas vraiment de pertinence en l'état, dans la mesure où celui-ci ne prétend pas trancher la question déterminante de l'existence, au moins probable, d'un lien de causalité entre les troubles au genou gauche de l'assuré au-delà du 13 mars 2023 et l'accident survenu le 13 décembre 2022, mais propose en définitive la mise en œuvre d'une expertise réalisée par un expert externe, spécialiste du genou, permettant précisément d'élucider cette question et d'accorder ainsi la préférence à l'un ou l'autre des avis des médecins-conseils. Cela étant, l'appréciation du Dr H._____ peut tout de même revêtir un certain poids, dans la mesure où c'est le seul médecin qui ne se fie pas uniquement aux

imageries médicales et au dossier de l'assuré mais qui a également vu le genou gauche de celui-ci et a pu se faire une idée par lui-même de l'état de ce genou lors de l'opération du 11 avril 2023.

En l'état, il apparaît difficile, voire impossible, de départager les avis contradictoires des médecins-conseils de deux assurances, sans disposer de connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante.

Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir eu recours à une expertise et où il existe bel et bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations des médecins-conseils de l'intimée, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. consid. 3d supra).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de

savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

c) 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 possible 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire, afin qu'elle mette en œuvre une expertise, selon la procédure de l'art. 44 LPGA, réalisée par un médecin indépendant, spécialiste du genou au bénéfice d'une expérience significative en chirurgie conservatrice du genou (si possible en tant que Chef de clinique en milieu universitaire pendant quelques années avec orientation en chirurgie du genou). Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 13 mars 2023 (TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4).

8. a) En définitive, bien-fondés, les recours doivent être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

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, le recourant 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 1'500 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 l'intimée. La CNA ne peut, pour sa part, prétendre à l'octroi de dépens.

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

- I.** Les causes AA 51/24 et AA 52/24 sont jointes sous la référence AA 51/24.
- II.** Les recours sont admis.
- III.** La décision sur opposition rendue le 4 avril 2024 par I. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V.** I. _____ SA versera une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens à F. _____.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents, Division assurance militaire,
- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour le recourant),
- I. _____ SA,
- 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 :