

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 septembre 2025

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** V.\_\_\_\_\_ (ci-après, également : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 7 mars 2011 en qualité de ferblantier-couvreur pour le compte de l'entreprise G.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

**b)** Le 20 janvier 2015, V.\_\_\_\_\_ a glissé sur la neige et subi une entorse du genou gauche.

                  Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou gauche pratiquée le 5 février 2015 a mis en évidence une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une déchirure subtotale du ligament collatéral interne au niveau de son insertion fémorale. Elle a également révélé la présence d'un kyste paralabral dans la partie postérieure du compartiment interne ainsi qu'une chondropathie de grade IV sur la face antérieure du fémur. Il n'y avait pas de déchirure du ligament croisé antérieur ni postérieur.

                  Le 9 juin 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a examiné V.\_\_\_\_\_ en raison de douleurs ostéoarticulaires multiples. Dans son rapport du 15 juin 2015, il a relevé que, concernant le genou gauche, il n'y avait pas d'instabilité ni de douleurs au testing du ligament latéral interne. Il y avait également une bonne stabilité des ligaments croisés. En revanche, ce médecin a constaté des douleurs à l'interligne articulaire médial postérieur correspondant à une déchirure du ménisque démontrée sur l'IRM du genou gauche pratiquée au mois de février précédent. Il n'a pas mis en évidence d'épanchement ni de rabet rotulien.

**c)** Par décision du 9 septembre 2015, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations au 13 septembre 2015.

Le 29 septembre 2015, V. \_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision en produisant le compte-rendu de l'IRM du coude droit et du genou gauche effectuée le 15 septembre 2015 par le Dr Y. \_\_\_\_\_, radiologue. S'agissant du genou gauche, cette imagerie concluait à l'existence d'une déchirure sans modification comparé à l'examen du 5 février 2015 de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une lésion de grade IV cartilagineuse de la portion antérieure de l'échancrure inter-condylienne. Il y avait une bonne cicatrisation du ligament latéral interne où seule une petite déchirure partielle résiduelle était encore visible à son insertion fémorale.

Dans son appréciation médicale du 12 octobre 2015, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a relevé que l'IRM du 15 septembre 2015 montrait un ligament latéral interne bien cicatrisé, ce qui ne faisait que confirmer que l'accident du 20 janvier 2015 était guéri sans séquelles. Toutefois, si l'assuré devait ultérieurement se faire opérer de la lésion méniscale au genou gauche, il lui était loisible d'annoncer une rechute.

Par décision sur opposition du 30 décembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

Par arrêt du 29 octobre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours déposé le 3 février 2016 par l'intéressé (cause AA 15/16 - 140/2019).

Dans le cadre de cette procédure, la CNA a joint à sa réponse du 25 mai 2016 l'appréciation chirurgicale du 4 mai 2016 émanant des Dres A. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en chirurgie. Elles ont relevé qu'à la suite de l'accident du 20 janvier 2015, l'assuré avait présenté une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, une déchirure subtotale du ligament collatéral interne ainsi qu'une chondropathie de grade IV sur la face antérieure externe du fémur. En ce qui concerne la chondropathie, elles ont souligné qu'elle était déjà décrite de degré IV sur l'IRM de février 2015, de sorte qu'il était évident, selon

elles, qu'elle était antérieure à l'événement du 20 janvier 2015, puisque la chondropathie était une dégénérescence du cartilage, le stade IV représentant une évolution très avancée qui ne se développait pas en l'espace de deux semaines. En analysant l'IRM du 5 février 2015, elles ont constaté que, tant le ménisque interne que le ménisque externe présentaient une fissure horizontale, caractéristique d'une atteinte dégénérative du ménisque, associée du côté interne à un kyste méniscal, symptomatique d'une dégénérescence puisqu'un tel kyste ne se développait pas en peu de temps. Compte tenu du fait que l'assuré présentait une fissure horizontale des ménisque interne et externe, une chondropathie de degré IV et un kyste méniscal, elles ont conclu que l'atteinte du ménisque interne était d'origine dégénérative et non séquellaire de l'accident du 20 janvier 2015.

Par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2021 (TF 8C\_806/2019), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par V. \_\_\_\_\_ auprès de cette autorité.

**B.**           **a)** Au vu de la persistance de douleurs au genou gauche, V. \_\_\_\_\_ s'est soumis à une IRM en date du 13 mars 2017. Si une déchirure du ménisque interne complexe (transverse et radiaire) associée à un kyste méniscal interne a été mise en évidence, il n'y avait en revanche pas d'évolution significative depuis le 17 décembre 2015. Le cartilage articulaire du compartiment interne restait préservé. Il n'y avait pas de lésion du ménisque externe, ni de lésion osseuse. Il n'y avait pas non plus de lésion des ligaments croisés, ni d'anomalie de l'appareil extenseur hormis une *plica* supra-patellaire. L'épanchement intra-articulaire était modéré (rapport d'IRM du genou gauche du 14 mars 2017 du Dr X. \_\_\_\_\_, radiologue).

Dans un rapport du 31 mars 2017, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé le diagnostic de déchirure traumatique du ménisque interne du genou gauche (traumatisme de janvier 2015). Il a relevé que l'IRM du 13 mars 2017 confirmait l'existence d'une déchirure du ménisque interne complexe avec une composante transverse et radiaire associée à un kyste méniscal

interne. Compte tenu de l'évolution défavorable de la situation, il a préconisé l'indication à une prise en charge chirurgicale sous la forme d'une résection partielle du ménisque interne gauche par arthroscopie.

Ces troubles ont été annoncés à la CNA au mois d'avril 2017 au titre d'une rechute de l'accident du 20 janvier 2015.

Analysant les pièces médicales au dossier, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé que les examens d'imageries avaient montré des troubles dégénératifs sous forme d'une chondropathie de degré IV du condyle fémoral externe ainsi qu'une méniscopathie externe et une fissure horizontale du ménisque interne associée à un kyste méniscal. Selon le Dr S.\_\_\_\_\_, ces lésions méniscales étaient dégénératives et associées à des lésions cartilagineuses également d'origine dégénérative. L'unique atteinte du genou gauche provoquée lors de l'accident du 20 janvier 2015 avait été une entorse du ligament latéral interne ayant cicatrisé comme le démontrait l'IRM du mois de septembre 2015 (rapport du 16 juin 2017 d'appréciation médicale effectuée le 14 juin 2017).

Par décision du 16 juin 2017, la CNA a refusé de prendre en charge la rechute annoncée, se fondant sur l'avis précité du médecin d'arrondissement, selon lequel les lésions méniscales étaient d'origine dégénérative, l'unique atteinte du genou gauche provoquée par l'accident initial ayant été une entorse du ligament latéral interne qui avait cicatrisé. L'assuré a fait opposition le 21 août 2017.

Dans l'intervalle, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche réalisée le 15 août 2017 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a transmis à la CNA le protocole opératoire ainsi qu'un bref rapport du 25 août 2017, selon lequel « cette arthroscopie démontre une atteinte d'origine traumatique ». En effet, la lésion cartilagineuse sur le condyle fémoral interne était localisée et plutôt compatible avec un impact

qu'avec une usure chronique. Bien qu'ancienne, la déchirure du ménisque était, selon lui, très probablement due à un traumatisme.

Dans son appréciation du 9 novembre 2017, la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie au Centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA, a indiqué que l'atteinte méniscale interne du genou gauche visualisée sur l'IRM de ce genou réalisée le 5 février 2015 était déjà présente lors de l'événement du 20 janvier 2015 puisqu'il était également objectivé un kyste lequel, selon la Dre W.\_\_\_\_\_, ne pouvait pas apparaître en l'espace de deux semaines seulement. D'après ce médecin, l'atteinte cartilagineuse de la face antérieure du condyle fémoral latéral n'avait pas pu être provoquée par la rupture du ligament collatéral médial - entorse du genou gauche - cette face antérieure s'éloignant du genou gauche lorsque le genou était en flexion.

**b)** Par décision sur opposition du 23 janvier 2018, la CNA a confirmé son refus de prendre en charge l'affection au genou gauche (atteinte méniscale) annoncée au titre d'une rechute de l'accident du 20 janvier 2015 ayant nécessité une arthroscopie le 15 août 2017. Par arrêt du 29 octobre 2019 (cause AA 40/18 - 139/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours formé par l'assuré.

**c)** Par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2021 (TF 8C\_807/2019), le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours formé par l'assuré et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a considéré qu'au vu des éléments divergents au dossier, le point de savoir si la déchirure du ménisque interne encore présente sur l'IRM du 13 mars 2017 était en relation de causalité avec l'accident initial du 20 janvier 2015 devait faire l'objet d'une instruction médicale complémentaire. La cause a par conséquent été renvoyée à la CNA afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations pour la rechute annoncée.

**C.**           **a)** La CNA a mis en œuvre une expertise qu'elle a confiée au Prof.D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 30 septembre 2021, celui-ci a admis que l'atteinte dégénérative actuellement constatée du genou gauche était de nature post-traumatique, avec un lien de causalité direct hautement vraisemblable avec l'accident de janvier 2015. L'état du genou n'était pas stabilisé. L'assuré était en incapacité totale de reprendre un travail dans des conditions acrobatiques, cette incapacité résultant en partie des lésions dégénératives du genou gauche mais également de son état général, état dépressif global et surcharge pondérale. La surcharge pondérale dont il souffrait et les lésions dégénératives au niveau du genou gauche l'empêchaient de porter des charges lourdes, de s'accroupir ou de s'agenouiller, de monter des échelles et de maintenir une activité debout prolongée. En outre, l'accident du 20 janvier 2015 était à l'origine d'une atteinte à l'intégrité physique liée à l'arthrose post-traumatique du genou évaluée à 30 %, conformément aux tables concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon l'OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), table 5, révision 2000. Le degré d'atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques était évalué à 50 %, ce qui portait l'atteinte globale à l'intégrité à 80 %.

Dans un avis du 4 février 2022, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin-conseil de la CNA, a relevé que la pangonarthrose gauche touchant principalement le compartiment interne et l'articulation fémoro-patellaire latérale était stabilisée actuellement mais qu'elle pouvait s'aggraver progressivement dans le futur (et nécessiterait alors probablement l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche en cas de rechute) et a admis que, compte tenu des séquelles dégénératives du genou gauche, la capacité de travail de l'assuré en tant que ferblantier-couvreur était définitivement nulle. En revanche, dans une activité essentiellement sédentaire, sans port répété de charges supérieures à cinq kilos, sans montées ou descentes répétées d'escaliers, d'échafaudages ou d'échelles, sans activités en position à genoux ou accroupie, une pleine capacité de travail devait pouvoir être obtenue après un reclassement professionnel. Concernant l'atteinte à

l'intégrité provoquée par l'accident du 20 janvier 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_ pouvait l'estimer actuellement à 20 % selon la table 5, page 5.2 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). En effet, une pangonarthrose débutante pouvait être estimée à 20 %. En cas de réalisation d'une arthroplastie totale du genou gauche, cette atteinte à l'intégrité devrait être augmentée à 30 %. Les atteintes métaboliques et psychiques mentionnées dans l'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_ qui, selon lui, justifieraient une atteinte à l'intégrité de 50 %, ne pouvaient être mises en relation de causalité que comme « possibles » avec les suites de l'accident du 20 janvier 2015.

Compte tenu de ce qui précède, selon un courrier du 14 mars 2022, la CNA a admis la prise en charge de la rechute de l'accident non professionnel du 20 janvier 2015, annoncée en 2017, par le versement d'indemnités journalières et le paiement des soins médicaux du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 30 avril 2022. Le droit à d'autres prestations de l'assuré serait examiné prochainement.

Afin de répondre aux critiques de l'assuré qui, niant l'existence d'une rechute, estimait que la prise en charge devait être admise dès la suite de l'accident de 2015, la CNA a confirmé, dans un courrier du 3 août 2022, que l'état du genou était stabilisé en 2015, ce qui avait été constaté dans une décision sur opposition du 30 décembre 2015 qui était en force. Ce n'était qu'en mars 2017 que le Dr Q. \_\_\_\_\_ avait proposé l'opération (arthroscopie) du genou gauche, de sorte qu'on était clairement en présence d'une rechute et non pas de la suite du cas de l'accident du 20 janvier 2015.

Statuant par décision du 9 septembre 2022 sur les autres droits de l'assuré à la suite de son courrier du 14 mars 2022, la CNA a reconnu le droit de l'intéressé à une rente transitoire d'invalidité de l'assurance-accidents d'un montant mensuel de 1'404 fr. 50 fondée sur un taux de 26 % à compter du 1<sup>er</sup> mai 2022. Elle lui a en outre alloué une

indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'200 fr., fondée sur un taux de 20 % aux conditions d'un sinistre remontant au mois de janvier 2015.

**b)** Par courrier du 30 septembre 2022, l'assuré a formé opposition contre la décision du 9 septembre 2022, contestant, d'une part, la stabilisation de son état de santé et sollicitant, d'autre part, le versement des indemnités journalières dès la date de l'accident en 2015, son cas ne consistant pas en une rechute.

Par décision du 3 octobre 2022, la CNA a confirmé la reprise en faveur de l'assuré du versement de l'indemnité journalière de 32 fr. 50 dès le 1<sup>er</sup> mars 2017 sur la base d'une rechute de l'accident du 20 janvier 2015, cet élément ayant été définitivement tranché dans les arrêts du TF 8C\_806/2019 et 8C\_807/2019.

Par courrier du 4 novembre 2022, l'assuré a formé opposition contre la décision du 3 octobre 2022, notamment le montant de l'indemnité journalière qui devrait être calculée sur la base du dernier salaire réalisé dès lors qu'il n'avait jamais pu retravailler depuis l'accident de 2015.

L'assureur-maladie de l'assuré ([...]) a produit un rapport du 8 septembre 2022 relatif à une consultation du 2 décembre 2021 du Dr B.\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué des douleurs mixtes du membre inférieur droit, éventuellement combinées d'un névrome d'une branche infra-patellaire du nerf saphène interne, peut-être d'une lésion méniscale interne, sur la base de l'examen d'un bilan IRM du genou droit de l'assuré qui mettait en évidence une petite déchirure du ménisque interne et de la chondropathie modérée avec encore peut-être deux corps libres de six à sept millimètres.

Dans un courrier du 10 janvier 2023, l'assuré a développé ses moyens à l'égard de ses deux oppositions.

**c)** Le 4 avril 2023, la CNA a sollicité un complément d'expertise auprès du Prof. D. \_\_\_\_\_ qui a répondu le 4 mai 2023.

Dans une appréciation médicale du 14 juin 2023, la Dre W. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, s'est montrée très critique quant à la valeur probante du complément d'expertise du 4 mai 2023 du Dr D. \_\_\_\_\_ dès lors que les réponses aux questions ou discussion médicale, dont l'argumentation était peu convaincante, étaient entachées d'incohérences et d'inexactitudes, et dénotaient un certain déficit dans le domaine assécurologique.

Par courrier du 25 juillet 2023 de la CNA, un nouveau complément d'expertise a été requis du Prof. D. \_\_\_\_\_ afin d'obtenir des précisions sur certains points, lequel a été réalisé le 21 août 2023 et a été soumis à la Dre W. \_\_\_\_\_ qui a suggéré à la CNA de demander une nouvelle expertise dans son avis du 24 octobre 2023, au vu des défauts de l'expertise du Prof. D. \_\_\_\_\_ et de ses compléments.

**d)** Le 27 février 2024, la CNA a désigné le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour réaliser une nouvelle expertise, dès lors que celle du Prof. D. \_\_\_\_\_, malgré deux compléments, n'avait pas pu se voir reconnaître de valeur probante.

Le Dr U. \_\_\_\_\_ a remis son rapport d'expertise le 6 août 2024. Il a conclu que la seule lésion en lien de causalité avec l'événement du 20 octobre 2015 (recte : 20 janvier 2015) au niveau de ce genou gauche restait une entorse de grade 2 du ligament latéral interne, qui était parfaitement guérie, au plus tard sur l'IRM du 15 septembre 2015. Les autres lésions constatées, c'est-à-dire la lésion méniscale externe, la lésion méniscale interne, la chondropathie de la gorge trochléenne au niveau de son bord latéral relevaient strictement du status antérieur de l'assuré. Le *statu quo sine* était ainsi fixé au plus tard au 15 septembre 2015. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à prévoir.

L'assuré a pu faire valoir ses critiques (courriers des 11 septembre et 10 octobre 2024).

e) Après avoir relevé qu'au regard des conclusions de l'expertise du Dr U. \_\_\_\_\_ le droit de l'assuré à une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2022 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité apparaissait manifestement mal fondé, la CNA a donné l'occasion à l'assuré de retirer son opposition par lettre du 10 décembre 2024, conformément à l'art. 12 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), ce que l'intéressé a refusé par courrier du 9 janvier 2025.

Par décision sur opposition du 16 janvier 2025, la CNA a rejeté les oppositions de l'assuré contre les décisions des 9 septembre 2022 et 3 octobre 2022 et a mis fin au versement de la rente d'invalidité au 16 janvier 2025. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“c.

En l'espèce, à la lecture du rapport d'expertise du Dr U. \_\_\_\_\_, il convient de retenir qu'il a examiné l'assuré le 3 juillet 2024, lequel a renoncé à ce que l'anamnèse soit enregistré (pièce 622 p. 5). L'expert a ensuite rapporté les antécédents médicaux de l'assuré, ses habitus, son anamnèse (familiale, socio-professionnelle, quotidienne et actuelle ; pièce 622 p. 6 à 13). Il a ensuite pris connaissance des plaintes de l'assuré et procédé à l'examen de ce dernier (pièce 622 p. 14 à 16). A noter que l'examen du genou gauche a révélé une mobilité complète, des tests méniscaux négatifs ainsi qu'un genou stable sans épanchement. Il a ensuite procédé à une analyse radiologique qui a notamment révélé, en 2010 déjà, une méniscopathie de la corne postérieure du ménisque interne de grade 1 ainsi qu'une chondropathie très focale avec réaction osseuse de la berge latérale de la trochlée fémorale, à proximité du centre de la gorge trochléenne (pièce 622 p. 17). Les radiographies et IRM des 2 et 5 février 2015 ont quant à elles mises en évidence (pièce 622 p. 18 et 19) :

- une enthésopathie calcifiante du tendon quadricipital ;
- une déchirure d'allure complexe de la corne postérieure du ménisque interne, avec kyste de 2 mm de diamètre. La déchirure méniscale est horizontale au niveau de la corne moyenne du ménisque interne et présente un pattern oblique et horizontal au niveau de la corne postérieure ;

- une entorse de grade 2 du ligament latéral interne au niveau de son insertion proximale, sans rupture de continuité totale, mais avec œdème prenant l'entièreté de ses fibres, profondes et superficielles ;
- une chondropathie de grade IV focale de la trochlée fémorale latérale, compatible avec une chondropathie d'usure ;
- une fissuration horizontale de la corne postérieure du ménisque externe.

Au niveau de la causalité de ces atteintes avec l'accident du 20 janvier 2015, il a estimé que seule l'entorse de grade 2 du ligament latéral interne du genou gauche était en lien avec ledit accident (pièce 622 p. 20). Après avoir exposé les différents arguments des médecins en cause (Drs T.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et le Prof. D.\_\_\_\_\_), il a conclu [à] une forte divergence d'opinion entre les médecins d'assurance de la Suva et le Prof. D.\_\_\_\_\_ (pièce 622 p. 21 à 23). Puis il a procédé à sa propre analyse en relevant que :

- il n'est pas contesté que l'assuré était asymptomatique avant l'accident du 20 février 2015, ce qui ne suffit toutefois pas à établir l'absence de lésion dégénérative sous-jacente (pièce 622 p. 23) ;
- au niveau du mécanisme vulnérant, il a retenu une action de torsion en valgus de son genou gauche, fléchi d'une vingtaine de degrés cohérente avec les déclarations effectuées au Pr D.\_\_\_\_\_ et à la Dre W.\_\_\_\_\_ (idem) ;
- Sur la base de l'ensemble des IRM qu'il a pu lui-même relire, il a retenu que la *déchirure du ligament latéral interne* est bien d'origine traumatique mais qu'elle avait guéri au plus lors de la réalisation de l'IRM du 15 septembre 2015 qui a révélé un ligament continu sans œdème en son sein (pièce 622 p. 19 et 23). Au niveau de la *déchirure du ménisque interne*, il a tout d'abord retenu un épaississement capsulaire du kyste bilobé qui témoigne de son ancienneté. Ce kyste étant en continuité avec la déchirure oblique du ménisque interne, il a estimé que celle-ci, de même que la déchirure horizontale, était d'origine dégénérative. Il a également relevé, d'une part, l'absence d'instabilité du genou entre février et septembre 2015 excluant ainsi la survenance d'une languette instable et, d'autre part, des testings méniscaux indolores le 17 mars 2015 qui rendent peu crédibles l'existence d'une déchirure méniscale fraîche (op. cit. p. 24). Au niveau du *ménisque externe*, il a cette fois-ci retenu, comme la Dre W.\_\_\_\_\_, une déchirure de type horizontale, c'est-à-dire par cisaillements chroniques au niveau de la corne postérieure et moyenne du ménisque externe, soit des troubles dégénératifs (idem). Finalement, en ce qui concerne la *lésion chondrale*, il a exclu une origine traumatique au motif que, premièrement et biomécaniquement, une telle origine supposerait un œdème osseux du bord médial de la rotule et du bord latéral du condyle fémoral latéral qui témoignerait d'un choc de la rotule contre la trochlée fémorale. Or, rien de tel n'a été retrouvé (op. cit. p. 24 s.). Secondement, il a jugé que l'œdème en question était, de par sa

petite taille, typique d'un œdème apparu en l'absence de choc (op. cit. p. 25).

Au vu de ce qui précède, il a donc conclu à une unique atteinte du ligament latéral interne du genou gauche de l'assuré ayant guéri au plus tard le 15 septembre 2015. Il a par ailleurs exclu toute atteinte à l'intégrité (op. cit. p. 27 à 29).

Ce rapport répondant manifestement à toutes les conditions développées dans l'ATF 125 V 351, il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d.

Il reste dès lors à examiner si des indices concrets vont à l'encontre de la fiabilité des conclusions de l'expert.

A ce sujet, il convient tout d'abord de constater qu'aucun médecin ne s'est prononcé depuis le rendu par le Dr U. \_\_\_\_\_ de son rapport d'expertise.

Quant à ce dernier, il convient de constater qu'il a très précisément pris position à propos des conclusions contraires de ces confrères (pièce 622 p. 21 à 23 ainsi que 25 et 26), en particulier celles du Prof. D. \_\_\_\_\_. A ce sujet, il relève en particulier que *[l]ensemble de son expertise se base sur les conclusions des rapports médicaux des radiologues. N'a pas été pris en compte un mécanisme lésionnel complexe, pouvant associer un valgus et une rotation. Il se base à nouveau sur l'IRM du genou gauche de 2010 « décrite » comme normale, mais non interprétée par lui-même, et rappelle que l'assuré était absolument asymptomatique au niveau de son genou gauche début 2015, ce qui lui permet de conclure qu'il n'est possible d'exclure la nature post-traumatique des lésions actuellement constatées. Cette analyse de causalité se base finalement sur le paralogisme "Post hoc, ergo propter hoc", qui n'a aucune valeur dans le domaine de la causalité. [...]. Il considère que l'analyse biomécanique du Prof. D. \_\_\_\_\_ retenue pour étayer l'origine traumatique de la lésion chondrale se fonde sur une déchirure complète du ligament latéral interne alors qu'en l'espèce il ne s'est agi que d'une entorse de stade 1 de ce même ligament. Compte tenu également du caractère intact du ligament patello-fémoral médial, il ne saurait donc être question d'une potentielle luxation externe de la rotule (op. cit. p. 26).*

Par conséquent, l'opposant ne saurait être suivi lorsqu'il retient que le *Dr U. \_\_\_\_\_ est en désaccord avec les autres médecins, auxquels il ne semble pas vouloir se confronter avant de conclure.*

Au vu des développements contenus ci-dessus (cf. ch. 4 let. c supra), le grief de l'assuré selon lequel *[o]n aurait pu attendre une argumentation véritable et précise de l'expert sur les divergences d'approche. C'est une chose de proclamer un point de vue en l'étayant, mais c'est une autre chose d'expliquer pourquoi il y a eu des divergences, et c'est ce qui a fait défaut en l'occurrence doit donc lui aussi être écarté.*

e.

Au vu de ce qui précède, les conclusions du Dr U.\_\_\_\_\_, soit le fait que l'accident du 20 janvier 2015 n'a entraîné qu'une entorse du ligament latéral interne du genou gauche de grade 2, laquelle avait guéri au plus tard à l'IRM du 15 septembre 2015, méritent donc pleinement d'être suivies.

5.

Partant, l'opposition du 30 septembre 2022 doit également être rejetée et il doit être mis fin au versement de la rente d'invalidité ce jour.

Aucune restitution des prestations perçues à tort (rente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2022 et IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de CHF 25'200.00) n'est requise."

**D.** Par acte du 17 février 2025, V.\_\_\_\_\_, représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant à son annulation, en réalité à sa réforme, en ce sens que le recourant a droit à la poursuite du service des prestations dites à court terme au-delà du 13 septembre 2013, subsidiairement à une rente d'invalidité portée à un taux de 60 % au moins, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 50 % aux conditions d'un sinistre remontant à janvier 2015. En substance, il fait grief à l'intimée de se baser sur les constatations et les conclusions de l'expertise confiée au Dr U.\_\_\_\_\_ au détriment de celles du Prof.D.\_\_\_\_\_ précédemment sollicité pour établir deux compléments d'expertise. Le recourant reproche également à l'intimée d'avoir compliqué de manière artificielle l'instruction en refusant de traiter ensemble les sinistres du coude droit et du genou gauche. Il fait valoir que la situation n'est pas encore stabilisée sur le plan médical et qu'en l'absence de chose jugée sur la question de l'atteinte du genou gauche, l'intimée, comme la Cour de céans, peuvent écarter un cas de rechute de l'accident de janvier 2015 ; à cet égard, il déplore la position de la CNA à laquelle il reproche d'avoir retenu une rechute dans l'unique but de réduire ses prestations pécuniaires. En référence à l'avis expertal du Prof. D.\_\_\_\_\_, le recourant fait valoir que dès lors qu'une opération de valgisation est à prévoir, avec même peut-être à terme une prothèse totale de l'articulation, le versement des indemnités journalières de

l'assurance-accidents doit reprendre avec effet au 14 septembre 2015. Il sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 27 février 2025, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 février 2025 en ce qu'elle a désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

Dans ses déterminations du 11 mars 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée à laquelle elle renvoie, en l'absence de nouvel élément allégué par le recourant.

### **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 LAA). 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)** Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par la CNA de l'affection du genou gauche ayant conduit à une arthroscopie le 15 août 2017, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 20 janvier 2015 et les troubles présentés (atteinte méniscale).

**b)** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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, 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 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C\_71/2025 du 12 juin 2025 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\_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 (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références citées). 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_117/2020 précité consid. 3.1).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_580/2021 du 20 avril 2022 consid. 3.3 et les références citées). En droit des assurances sociales, la causalité adéquate en tant que limitation légale de la responsabilité de l'assureur-accidents résultant de la causalité naturelle ne joue pratiquement pas de rôle dans le domaine des troubles accidentels organiques, puisqu'ici la causalité adéquate se recoupe en grande partie avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2 ; SVR 2020 UV n° 27 p. 110 ; TF 8C\_664/2024 du 7 mai 2025 consid. 2.3).

**c)** 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). Selon la jurisprudence, 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 citées ; TF 8C\_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). 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 citées ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**d)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

**4. a)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**b)** S'agissant de la valeur probante des rapports médicaux, on rappellera que, selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 135 V 465 consid. 4.5; TF 8C\_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 3.3 et les références citées).

**5. a)** En l'occurrence, il convient de rappeler d'emblée que dans son arrêt TF 8C\_806/2019 du 1<sup>er</sup> février 2021, le Tribunal fédéral a

définitivement tranché la question du *statu quo sine* fixé au 13 septembre 2015 pour les suites de l'accident du 20 janvier 2015. La Haute Cour a retenu qu'à ce moment le genou gauche du recourant avait récupéré une mobilité normale, même s'il manquait encore un peu de souplesse, et qu'il n'y avait plus de signes méniscaux ni rotuliens. En d'autres termes, l'intéressé avait recouvré sa capacité de travail à cette date s'agissant des suites de l'accident du 20 janvier 2015. Par conséquent, son droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents s'était également éteint. A cet instant déterminant, il ne ressort pas non plus du dossier qu'il présentait encore un besoin de soins médicaux.

**b)** Il importe de rappeler également qu'en vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A\_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références). Aussi, le cadre du litige est-il défini par l'arrêt de renvoi TF 8C\_807/2019 du 1<sup>er</sup> février 2021, à savoir le bien-fondé du refus de la prise en charge de la rechute de l'accident du 20 janvier 2015 annoncée à la CNA au mois d'avril 2017 s'agissant du genou gauche du recourant.

**c)** A l'aune de ce qui précède, il convient d'écartier d'ores et déjà tout argument tendant à faire remonter les effets de la décision sur opposition litigieuse à l'année 2015, la seule question qui se pose désormais étant de déterminer si l'atteinte en cause est une rechute survenue en 2017 de l'accident subi en 2015.

**6. a)** Dans son rapport du 30 septembre 2021, l'expert D. \_\_\_\_\_ indique notamment qu'avant l'accident du 20 janvier 2015, le recourant

était asymptomatique au niveau de son genou gauche. Il est établi qu'il a été victime d'une entorse de son genou gauche le 20 janvier 2015. L'expert D.\_\_\_\_\_ considère que le mécanisme lésionnel décrit par le recourant est compatible avec les lésions cartilagineuses, méniscales et ligamentaires documentées à l'IRM, puis par le Dr B.\_\_\_\_\_ lors de l'arthroscopie d'août 2017. Selon l'expert, l'atteinte dégénérative actuelle du genou gauche observée est de nature post-traumatique avec un lien de causalité direct hautement vraisemblable avec l'accident de janvier 2015, sans qu'aucun des éléments figurant au dossier ne permette de l'exclure.

L'expert D.\_\_\_\_\_ se fonde en particulier sur une IRM du genou réalisée le 12 janvier 2010 en constatant que cette imagerie ne révélait aucune lésion traumatique récente ou ancienne et que les images décrites étaient dans la norme. Il perd toutefois de vue que c'est le genou droit (et non le gauche) qui est concerné en raison d'un statut post-contusion de ce membre au mois de mars 2008, comme l'IRM le mentionne en son début. Aussi, le commentaire de l'expert sur l'appréciation de la Dre W.\_\_\_\_\_ est donc également mal fondé (cf. expertise, p. 11). Au demeurant, son commentaire se limite à considérer qu'elle ne permet pas d'exclure le lien de causalité alors qu'il s'agissait de déterminer l'existence de ce lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

La Dre W.\_\_\_\_\_ est d'avis que sur une simple déchirure partielle du ligament interne sans autre atteinte comme celle du rétinaculum par exemple, il est peu probable qu'une subluxation de la rotule ait lieu, si celle-ci ne présente pas une instabilité au préalable. Se référant à l'IRM du genou gauche réalisée en mai 2019, elle observe qu'une lésion cartilagineuse superficielle de la rotule, conjointement de la trochlée stade IV, sont visualisées, qui pourraient être compatibles avec une instabilité de la rotule. Cette chondropathie de stade IV, déjà mise en évidence sur l'IRM du genou gauche réalisée le 5 février 2015, soit à deux semaines de l'accident, est considérée comme post-traumatique par l'expert (cf. expertise, p. 10), ce qui n'est guère plausible quand on connaît l'évolution d'une chondropathie, ainsi que la Dre W.\_\_\_\_\_ le

rappelle. L'expert D.\_\_\_\_\_ se limite à constater que ces lésions sont compatibles avec une entorse du ligament latéral interne mais sans prendre en compte l'état de l'atteinte à la santé à seulement deux semaines de l'événement, et sans tenir compte de l'évolution vraisemblable depuis l'accident.

L'expert D.\_\_\_\_\_ admet l'existence d'une atteinte dégénérative globale du genou gauche du recourant. Il retient que ce dernier ne présentait aucune lésion traumatique ou d'état maladif symptomatique antérieur à 2015 de son genou gauche et que dès lors que l'existence de lésions cartilagineuses et leur évolution défavorable est documentée, il en déduit que l'entorse de son genou gauche le 20 janvier 2015 a causé les lésions cartilagineuses dont a souffert le recourant. Or, contrairement à ce que l'expert D.\_\_\_\_\_ a retenu, comme vu plus haut, l'imagerie médicale sur laquelle il se base ne permet pas d'exclure un état maladif au genou gauche préexistant à l'accident. De plus, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (cf. expertise, p. 13) ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (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), ce que l'expert D.\_\_\_\_\_ ne fait pas.

L'expert D.\_\_\_\_\_ se réfère aux avis des médecins qui ont insisté sur la nature vraisemblablement post-traumatique des lésions constatées. Or c'est précisément en raison du manque de fiabilité de ces précédents avis médicaux qu'une expertise a été ordonnée par l'intimée, afin de disposer d'un nouvel avis indépendant.

A la lumière de ce qui précède, l'expert échoue à justifier ses conclusions de manière convaincante sur la base d'arguments médicaux objectifs. Elles reposent ainsi sur la fausse prémisse qu'une IRM de 2010 ne présentait pas de lésion au genou gauche, sur l'adage *post hoc ergo*

*propter hoc* et l'expert conclut à une haute vraisemblance du lien de causalité entre l'accident de 2015 et les lésions qu'il retient en ajoutant qu'en l'absence de preuve contraire, rien au dossier ne permet de l'exclure.

Au demeurant, les conclusions de l'expert D.\_\_\_\_\_ sont contradictoires dès lors que celui-ci indique que dans l'hypothèse où un état antérieur dégénératif existait avant l'accident, il est vraisemblable que le traumatisme du 20 janvier 2015 a aggravé de façon considérable la nature des lésions du genou gauche (cf. expertise, p. 14) alors qu'il retient plus haut que l'atteinte dégénérative actuellement constatée du genou gauche est de nature post-traumatique, avec un lien de causalité direct hautement vraisemblable avec l'accident de janvier 2015.

Les conclusions de l'expert D.\_\_\_\_\_ sont en outre incomplètes, voire incohérentes. Ainsi, il retient que l'assuré est dans l'incapacité totale de reprendre une activité exigeant un travail dans des conditions acrobatiques, rendant impossible la reprise d'une activité de ferblantier-couvreur mais qu'une nouvelle évaluation en vue d'un possible travail de ferblanterie en atelier par exemple serait utile ; ensuite, il fixe des limitations fonctionnelles *a priori* compatibles avec une activité adaptée à l'état de santé déficient mais considère que l'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle et note qu'il sera nécessaire d'évaluer les possibilités de reprise de travail actuelles du recourant dans une activité adaptée à son état. Les réponses ainsi données ne permettent pas de déterminer la capacité de travail (ou l'éventuelle baisse de rendement et la limitation horaire) du recourant, et cela malgré l'absence d'équivoque de la question posée par l'intimée à l'expert.

Par ailleurs, les appréciations émises par l'expert D.\_\_\_\_\_ laissent supposer qu'il ne dispose pas de bonnes connaissances en matière d'assurances sociales. Ainsi ne paraissent pas maîtrisés les termes assurantiels distinguant les différents degrés de preuve, le *statu quo sine vel ante* en assurance-accidents et la stabilisation de l'état de santé ; l'expert D.\_\_\_\_\_ indique que le cas n'a jamais été stabilisé

depuis l'accident ce qui est, d'une part, contraire à ce qui avait été retenu de manière définitive par le Tribunal fédéral dans son arrêt TF 8C\_806/2019 du 1<sup>er</sup> février 2021, et qui est, d'autre part, motivé uniquement en raison d'une évolution défavorable constante, soit sans reprendre les termes de la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA.

L'expert orthopédique prend en outre en compte des facteurs sortant de sa spécialité médicale en retenant un état dépressif global dans l'appréciation de la capacité de travail (cf. expertise, p. 16), ce qui n'est pas admissible.

En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle est évaluée sur le plan somatique à 30 % en tenant compte de l'incapacité de travail durable, de la perte d'emploi, des difficultés psychosociales, de la prise de poids constatée, soit autant de facteurs qui n'entrent pas en considération. L'expert ajoute une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur le plan psychiatrique de 50 % alors que cela ne relève pas, comme déjà exposé, de sa spécialité médicale et qu'un lien de causalité entre l'accident et une éventuelle atteinte à la santé psychique, au demeurant pas établie, n'a pas été retenu.

**b)** Les deux compléments d'expertise des 4 mai et 21 août 2023 n'apportent pas les éclaircissements voulus et ils ne pallient pas les défauts du rapport d'expertise du 30 septembre 2021.

L'expert D.\_\_\_\_\_ continue à se fonder sur l'IRM de janvier 2010 de manière erronée. Il confirme d'abord l'existence d'un kyste avant de revoir la description faite dans l'IRM du genou gauche du 5 février 2015 et par la Dre W.\_\_\_\_\_, pour retenir que le kyste correspond davantage à une minuscule collection de liquide synovial en continuité avec la déchirure méniscale traumatique de la corne postérieure du ménisque, sans étayer ce revirement d'opinion. Il appuie ses propos en soutenant que la nature post-traumatique de la déchirure du ménisque interne et de la lésion ostéochondrale dans la face antérieure du fémur ne peut pas être

exclue, ce qui ne s'avère toutefois pas être suffisant pour retenir la vraisemblance prépondérante de ladite origine. L'expert écarte en revanche de manière motivée l'existence d'une lésion du ligament croisé préexistante à son examen clinique du 30 juin 2021, aux IRMs et à l'arthroscopie du 15 août 2017, invoquée par l'assuré. L'expert indique ensuite que l'état du genou gauche était stabilisé au 30 juin 2021 avant de revenir sur ses propos en précisant que n'ayant pas revu l'assuré depuis juin 2021, il ignorait si l'état était stabilisé. Etant d'avis pour sa part que la reprise d'une activité adaptée de ferblantier en atelier pourrait bien être envisagée, il propose toutefois une évaluation par les spécialistes de la CNA de la capacité de travail de l'assuré dans le cadre d'un stage de réorientation.

Dans le second complément d'expertise, la réponse fournie en lien avec l'apparition d'une chondropathie de grade IV en seulement deux semaines après l'accident du 20 janvier 2015 n'est pas convaincante. En effet, l'expert se limite à expliquer que le mécanisme est traumatique en renvoyant au descriptif figurant dans son complément d'expertise du 4 mai 2023. Ensuite, la stabilisation de l'état de santé est encore une fois assimilée à une guérison qui n'est évidemment pas d'actualité mais également non pertinente au regard de l'art. 19 al. 1 LAA. Enfin l'expert ne répond toujours pas à la question posée sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles (en termes d'horaires et de rendement), renvoyant l'intimée auprès du médecin traitant s'agissant des possibilités liées à l'horaire de travail et à une reprise progressive en fonction des capacités fonctionnelles réelles.

**c)** L'intimée ne pouvait attribuer aucune valeur probante au rapport d'expertise du 30 septembre 2021 du Prof. D. \_\_\_\_\_ qui présente de nombreux défauts (lacunes, contradictions, incohérences, manque de clarté, etc.), lesquels n'ont pas pu être corrigés par les compléments des 4 mai et 21 août 2023, et qui a été établi en méconnaissance des principes assurantiels applicables. C'est donc à juste titre qu'elle a ordonné une nouvelle expertise.

**7. a)** Dans son rapport remis le 6 août 2024 à la CNA, l'expert U.\_\_\_\_\_ a fixé le *statu quo sine* de l'accident du 20 janvier 2015 au plus tard au 15 septembre 2015. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à prévoir.

**b)** Sur le plan formel, l'expert U.\_\_\_\_\_ a dûment motivé ses conclusions et, s'en tenant à son rôle, a distingué les éléments subjectifs de ses propres constatations médicales. A cet égard, il a pris connaissance de l'entier du dossier médical mis à sa disposition dont il a fait la synthèse puis a dressé une anamnèse (familiale, socio-professionnelle, quotidienne et actuelle) du recourant, avec lequel il s'est entretenu le 3 juillet 2024 durant deux heures et vingt minutes et dont il a recueilli les plaintes spontanées. Il a ensuite retranscrit les constatations cliniques des examens qu'il a effectués (y compris celles qui procèdent des examens radiologiques fournis par l'expertisé).

Comme on va le voir ci-après, cet expert a pris le soin de se positionner sur les avis médicaux antérieurs et a fourni des explications objectives convaincantes sur la base des éléments concrets au dossier, si bien que les conclusions de son rapport du 6 août 2024 sont très claires et bien argumentées.

**c)** Sur le fond, l'expert U.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic, en lien de causalité avec l'accident du 20 janvier 2015, d'entorse de grade 2 du ligament latéral interne du genou gauche. Sans lien de causalité avec cet événement, il a posé les diagnostics de méniscopathie dégénérative de la corne moyenne et postérieure du ménisque interne du genou gauche et de chondropathie dégénérative fémoro-patellaire gauche, ces atteintes à la santé relevant strictement du status antérieur du recourant.

Après avoir étudié les différentes prises de positions ressortant du dossier médical, l'expert a relevé une forte divergence d'avis entre le Prof. D.\_\_\_\_\_ et les médecins d'arrondissement de la CNA sur le plan de la causalité.

Suivant les indications fournies par le recourant, identiques à celles données au précédent expert, l'expert U.\_\_\_\_\_ a pris en compte un mouvement de torsion en *valgus* du genou gauche, fléchi d'une vingtaine de degrés, en tant que mécanisme vulnérant.

Sur la base de sa relecture de la totalité de l'imagerie médicale au dossier et en particulier les IRM, cet expert a constaté que la déchirure du ligament latéral interne du genou gauche, sans perte de continuité, mais avec un volumineux œdème au niveau de l'insertion fémorale du faisceau profond et superficiel, correspondait à une entorse de grade 2. Il a admis l'origine traumatique de cette lésion dès lors qu'elle correspondait au mécanisme de *valgus* subi le 20 janvier 2015. A l'imagerie médicale du 15 septembre 2015, il a constaté un ligament latéral interne sans œdème et a retenu que cette lésion était dès lors guérie à cette date.

S'agissant de la déchirure du ménisque interne, l'expert U.\_\_\_\_\_ a retenu une déchirure d'allure complexe de la corne postérieure et moyenne, avec un petit kyste bilobé à la partie postérieure et médiale de ce ménisque, ainsi qu'un discret épaissement capsulaire autour de ce kyste qui témoignait de son ancienneté. Il a ensuite relevé que ce kyste était en communication avec la déchirure oblique au niveau de la corne postérieure, ce qui certifiait de l'ancienneté de cette déchirure oblique. Il a également relevé, d'une part, l'absence de blocage de ce genou entre février et septembre 2015 ce qui permettait de réfuter l'apparition d'une languette instable et, d'autre part, un testing méniscal négatif le 17 mars 2015 qui rendait peu crédible l'existence d'une lésion méniscale fraîche lors de l'accident du 20 janvier 2015.

Concernant l'atteinte méniscale externe, l'expert U.\_\_\_\_\_ a retenu, avec la Dre W.\_\_\_\_\_, l'existence d'une déchirure de type horizontale, par cisaillements chroniques au niveau de la corne postérieure et moyenne de ce ménisque externe dégénératif. Il a par ailleurs observé que l'absence de toute description de cette lésion par les

différents radiologues rendait discutable la fiabilité de leurs conclusions sur lesquelles les Drs D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ fondaient les leurs.

S'agissant de la lésion chondrale, l'expert a indiqué, après avoir revu les images médicales, que l'aspect de chondropathie de grade IV, focale, sur le bord latéral de la trochlée, à proximité de la gorge trochléenne, avec un œdème osseux sous-jacent ligniforme, était compatible avec une atteinte dégénérative. Il a exprimé son désaccord avec les conclusions du Prof. D. \_\_\_\_\_ qui retenait une atteinte traumatique ; cette hypothèse reposait sur un choc du traumatisme en *valgus* de la rotule contre la trochlée fémorale avec un mécanisme de luxation de rotule sur le *trauma*, à la suite de la déchirure du ligament latéral interne. Or l'assuré ne présentait aucune déchirure, ni œdème au niveau du ligament patello-fémoral médial, ce qui excluait une potentielle luxation de rotule. Du reste, il n'était pas retrouvé de lésions typiques sur les IRM après luxation vraie de rotule susceptible d'attester d'un choc de la rotule contre la trochlée fémorale. Dans le cadre de tels chocs, l'œdème osseux sous-jacent au niveau de la trochlée fémorale devait être beaucoup plus grand. L'image médicale était typique d'une chondropathie dégénérative. Par ailleurs, ce genou n'avait pas subi d'entorse grave, à savoir une déchirure du ligament croisé antérieur provoquant un déboitement du genou au vu des IRM qui relevaient un ligament latéral antérieur continu.

Concernant un potentiel choc du fémur contre le tibia lors du mécanisme de *valgus*, ce dernier était exclu. En effet, la lésion était plutôt haute au niveau du condyle fémoral latéral, située à proximité de la gorge trochléenne. L'expert a observé que le traumatisme subi par ce genou importait peu dès lors que cette zone de la trochlée fémorale ne pouvait pas rentrer en contact avec le tibia.

**d)** Quant aux constatations arthroscopiques effectuées en août 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_, l'expert U. \_\_\_\_\_ a constaté après réexamen du protocole opératoire et des images vidéo de l'arthroscope avec le genou en extension, l'existence d'une chondropathie profonde au

niveau de la trochlée qui siégeait du bord latéral à proximité du centre de la gorge trochléenne. Le DrB.\_\_\_\_\_ avait commis une erreur de dictée du protocole opératoire, si bien qu'il n'y avait pas matière à chercher des actions vulnérantes plus compliquées susceptibles de léser la trochlée fémorale médiale dans un second temps. Au demeurant, une IRM du genou gauche du 20 mai 2019 réalisée au Centre d'Imagerie de [...] mettait toujours en évidence cette lésion chondrale du bord latéral de la trochlée à proximité de son centre et non au niveau du bord médial de la trochlée. L'expert U.\_\_\_\_\_ a nié toute valeur probante aux constatations arthroscopiques du Dr B.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'origine traumatique ou aiguë de la lésion opérée plus de deux ans après l'accident et qui avait pu évoluer dans l'intervalle.

**e)** L'expert U.\_\_\_\_\_ a en outre pris le soin d'exposer les motifs pour lesquels il ne pouvait pas se rallier au rapport d'expertise et aux deux compléments établis par le Prof. D.\_\_\_\_\_.

Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du 30 septembre 2021, il a relevé que l'analyse de causalité effectuée se basait principalement sur l'absence d'un état maladif ou post-traumatique antérieur à 2015. Or le Prof. D.\_\_\_\_\_ ne livrait pas une interprétation personnelle des IRM de 2010, 2015 et 2017, mais il se basait sur les conclusions des rapports médicaux des radiologues et faisait une analyse de la causalité fondée sur le paralogisme *post hoc, ergo propter hoc*, sans aucune valeur probante. L'expert a noté ensuite que le Prof. D.\_\_\_\_\_ a reconnu l'existence d'un kyste méniscal, mais sans motiver l'affirmation selon laquelle il ne pouvait pas exclure les lésions traumatiques méniscales, du cartilage condylien fémoral et du ligament latéral interne comme conséquence directe de l'accident du 20 janvier 2015. A cet égard, l'expert a reproché au Prof. D.\_\_\_\_\_ une reprise incorrecte de l'appréciation médicale du Dr S.\_\_\_\_\_, lequel concluait sans équivoque que ces lésions méniscales étaient dégénératives et associées à des lésions cartilagineuses également d'origine dégénérative en sorte que l'unique atteinte du genou gauche provoquée lors de l'accident avait été une entorse du ligament latéral interne. L'expert a fait part de son

étonnement quant au fait que dans son complément du 4 mai 2023, le Prof. D.\_\_\_\_\_ se livrait à des suppositions sur la nature de ce kyste méniscal, constaté sur l'IRM du 5 février 2015, sur la seule base du rapport IRM sans relire les images à sa disposition. L'expert était également en désaccord avec l'analyse biomécanique effectuée par le Prof. D.\_\_\_\_\_ qui mentionnait qu'en cas de rupture du ligament latéral interne, le genou allait se déformer en position de *valgus* et pouvait entraîner une luxation externe de la rotule de nature traumatique ; il observait que l'IRM de février 2015 montrait une entorse de grade 1 du ligament latéral interne mais pas une rupture complète susceptible de pouvoir entraîner un déboitement du genou et que, de plus, le ligament patello-fémoral médial intact excluait formellement une potentielle luxation externe de rotule. A la lecture du complément du 21 août 2023, l'expert déplorait le fait qu'en lien avec la lésion chondrale du condyle fémoral externe, le Prof. D.\_\_\_\_\_ n'avait pas analysé les images IRM du 5 février 2015 mais s'était référé uniquement au rapport du radiologue. Concernant l'analyse de la causalité, l'expert soulignait que le Prof. D.\_\_\_\_\_ avait retenu l'absence de lésion du genou gauche en 2010 sur la base d'un rapport radiologique, sans avoir visionné les images, et l'absence de toute douleur de ce genou préalable à l'événement du 20 janvier 2015, raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*, soit des arguments sans pertinence médicale.

**f)** La Cour ne voit pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du 6 août 2024 du Dr U.\_\_\_\_\_ qui est probante et n'a par conséquent aucun motif de procéder à de nouvelles investigations, en l'absence d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans ce cadre et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions expertales, ainsi que d'avis médicaux postérieurs à ladite expertise.

**8.** Il suit de là que l'intimée était fondée à refuser l'octroi de prestations de l'assurance-accidents en excluant un lien de causalité entre l'accident du 20 janvier 2015 et la rechute annoncée au mois d'avril 2017 en raison des troubles présentés (atteinte méniscale du genou gauche).

**9. a)** Au vu de ce qui précède, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision sur opposition rendue le 16 janvier 2025 par l'intimée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'intimée, elle n'a pas non plus droit à des dépens, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**c)** Par décision du 27 février 2025, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 février 2025 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Sur la base de la liste des opérations produite le 11 août 2025, il convient d'arrêter à 1'905 fr. l'indemnité de Me Carré, correspondant à dix heures et trente-cinq minutes de travail, au tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 8,1 %, soit un total de 2'059 fr. 30.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 8,1 % en sus, soit 102 fr. 95.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'162 fr. 25 (2'059 fr. 30 + 102 fr. 95).

**d)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires

institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil de V.\_\_\_\_\_, est fixée à 2'162 fr. 25 (deux mille cent soixante-deux francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour V.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :