

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 967 vom 27. November 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__967

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 967 du 27 novembre 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 967 del 27 novembre 2025

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, GONARTHROSE | 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 LAA, 4 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2025 / 967

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, GONARTHROSE | 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 LAA, 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 92/24 - 165/2025 ZA24.037702 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2025

Composition : Mme Berberat, présidente M. Piguet et M. Tinguely, juges Greffière : Mme Simonin

***** Cause pendante entre : U. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée. _____ Art. 4 LPGA ; 6, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 102a OLAA En fait : A. U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1954, a déposé le 9 août 2004 une "déclaration d'accident LAA pour les chômeurs" auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) dans laquelle il a noté qu'il avait glissé et s'était tordu le genou gauche le 18 mai 2004, alors qu'il faisait du jogging. Il a indiqué, comme nature de la lésion, une déchirure du ménisque. Dans un rapport de radiographie du 19 mai 2004 intitulé "Bilan du genou gauche" portant l'indication "Suspicion de lésion du ménisque interne" adressé au Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr D. _____, spécialiste en radiologie, a relevé la présence d'un minime pincement de l'interligne fémoro-tibial, de minimes signaux dégénératifs fémoro-tibiaux tout en précisant que les articulations fémoro-patellaires étaient dans la norme. Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le même jour sur le genou gauche, le Dr D. _____ a confirmé la présence d'une déchirure du ménisque interne (spécifiquement : une déchirure de grade III oblique de la face inférieure de la partie postérieure et de la corne postérieure du ménisque interne), d'un épanchement intra-articulaire et d'un discret signe d'arthrose fémoro-tibiale. Il a aussi relevé un status post-opératoire pour le ligament croisé antérieur au niveau de la rotule droite. Dans un rapport du 2 septembre 2004 au [...], le Dr M. _____ a expliqué qu'il avait réalisé, par le passé, une plastie des ligaments croisés antérieurs du genou droit de l'assuré, alors que ce dernier était couvert par une assurance complémentaire ; il s'est déclaré prêt à opérer à nouveau l'intéressé pour la déchirure du ménisque interne du genou gauche. Une

ménisectomie au niveau du genou gauche de l'intéressé a été réalisée le 10 février 2005, finalement par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un courrier du 31 juillet 2007, le Dr T. _____ a demandé à la CNA la prise en charge de nouveaux soins prodigués au genou gauche de l'assuré, qui étaient selon lui en lien de causalité avec l'accident du 18 mai 2004. Le Dr T. _____ avait réalisé une infiltration d'acide hyaluronique pour une gonarthrose débutante. Par courrier du 22 août 2007 au Dr T. _____, la CNA a indiqué qu'elle prenait en charge les frais y relatifs estimant que sa responsabilité était toujours engagée. Dans un rapport médical intermédiaire du 19 septembre 2008 à la CNA, le Dr T. _____ a indiqué que l'évolution du genou gauche était favorable mais que l'assuré avait toujours des douleurs dans les escaliers ; le traitement en cours était conservateur. B. Par formulaire du 12 mars 2014, U. _____ a déclaré à la CNA un accident-bagatelle professionnel ayant eu lieu le 21 février 2014 : alors qu'il était employé comme chauffeur par la société [...], il avait eu un accident de la circulation lors duquel le conducteur arrivant sur la voie d'en face avait percuté son véhicule, après avoir perdu le contrôle de son véhicule dans un virage et s'être déporté sur la voie du sens inverse. L'assuré avait été blessé à la clavicule droite, au niveau de ses deux genoux et à la main droite. Dans un courrier du 19 mars 2014 au Dr T. _____, la CNA a indiqué qu'elle prenait en charge les suites de cet événement (traitement médical et indemnités journalières versées dès le 11 mars 2014, cf. à ce dernier égard courrier du 28 mai 2014 de la CNA à [...]). Lors d'un entretien téléphonique du 28 mars 2014 avec la CNA, l'assuré a indiqué qu'en raison de douleurs à son genou gauche principalement, il ne pouvait plus aller travailler depuis plusieurs jours. Il a précisé être toujours suivi par le Dr T. _____ et qu'une intervention sur son genou gauche était peut-être envisagée. Dans un rapport du 3 avril 2014 d'IRM du genou gauche de l'assuré, adressé au Dr T. _____, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a relevé que l'IRM était réalisée à la suite de l'accident de voiture du 21 février 2014, lors duquel l'assuré avait subi un choc frontal de ses genoux contre le tableau de bord. Le radiologue concluait à la présence d'une contusion osseuse modérée au niveau de la tubérosité tibiale antérieure, d'une gonarthrose tri-compartimentale modérée plus marquée au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, d'une importante chondropathie focale de grade IV au niveau du plateau tibial interne, d'un status post ménisectomie interne partielle avec perte de substance importante au niveau de la corne postérieure, d'un épanchement intra-articulaire important et d'une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur d'aspect continu. Dans un rapport du 14 avril 2014 au médecin-conseil de la CNA, le Dr M. _____ a relevé, comme circonstances sans rapport avec l'accident, un status onze ans après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit le 10 septembre 2002 avec une évolution vers une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante et un status après résection partielle du ménisque interne du genou gauche. Il a posé comme diagnostics une contusion des deux genoux dans un status après plastie du ligament croisé antérieur et résection partielle du ménisque interne du genou droit avec évolution vers une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante et un status post-résection du ménisque interne du genou gauche. Une médication anti-inflammatoire avait été prescrite. Lors d'une audition de l'assuré dans les locaux de la CNA le 24 avril 2014, l'intéressé a indiqué ce qui suit : " Antécédents : a) Maladie Aucune importante. Avant le 21.02.2014, je n'ai pas souvenir d'avoir souffert de la clavicule droite, ni de la main droite. b) Accident En 2002 sauf erreur, accident en pratiquant le beach-volley : opération du genou droit par le Dr M. _____ à la Clinique [...]. C'est la Suisse Assurance qui a pris le cas en charge. Depuis cette époque je vois le M. _____ pour des

contrôles. Actuellement pas de douleur ni gêne au genou droit. Le 18.05.2004, accident ayant entraîné une lésion de mon genou gauche. Opération par le Dr T._____. Cas pris en charge par la Suva. Depuis cette époque je suis suivi par le Dr T._____ pour des contrôles. En 2007, accident de vélo en septembre, seul en cause : lésion du genou gauche opérée par le Dr T._____ à la Clinique [...]. A l'époque j'étais indépendant. Cas pris en charge par [...]. De 2007 à 2014. J'ai été suivi régulièrement par le Dr T._____ pour mon genou gauche, car parfois j'avais des douleurs dans le genou, qui ne m'empêchaient pas toutefois de travailler normalement et de mener une vie tout à fait normale. Dernière consultation le 6.02.2014 [...] Soins : De suite après la collision, j'avais très mal au poignet droit - je suis droitier - et au niveau du thorax supérieur droit. Mes deux genoux ont frappé la partie inférieure du tableau de bord. J'ai mal aux deux genoux sur le coup mais après moins d'une minute, j'ai pu descendre normalement de la voiture pour prêter secours à l'automobiliste responsable de l'accident. Pas de choc à la tête et pas de perte de connaissance. Pendant le week-end des 22 et 23.02, j'avais mal aux deux genoux, face antérieure : le droit était légèrement enflé et le gauche un peu plus enflé. J'avais aussi la main droite enflée. Je me suis rendu à la Clinique de [...] le lundi 24.02. Radiographies du thorax, de la main droite et des 2 genoux. Pas d'arrêt de travail et pas de traitement prescrit. Ensuite, du 24.02 au 10.03, je n'ai pas consulté de médecin et j'ai travaillé pour [...] du 1.03 au 10.03.2014 comme chauffeur. J'ai consulté le Dr T._____ car j'avais le genou gauche enflé et des douleurs dans les deux genoux, surtout le gauche. Arrêt de travail sanctionné par le Dr T._____ dès le 11.03.2014. Prescription d'anti-inflammatoires et de deux genouillères. Nouvelles radiographies du genou gauche et IRM genou gauche effectuée le 12.03.2014. Le Dr [...] a prescrit le 28.03.2014 9 séances de physiothérapie en piscine mais à réception de la lettre de réserve de la Suva, je n'avais plus envie de faire cette physiothérapie (sic). Finalement, je vais commencer ce traitement dès le 25.04.2014". Par avis du 15 mai 2014, le Dr B._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que le statu quo sine serait atteint le 30 mai suivant. Dans une décision du 28 mai 2014, fondée sur l'avis médical du Dr B._____, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle cesserait de prendre en charge les soins médicaux avec effet au 31 mai 2014, relevant par ailleurs qu'une pleine capacité de travail était effective depuis le 8 mai 2014. Par courrier du 26 juin 2014 complété le 16 juillet suivant, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, Me Thierry Sticher, s'est opposé à cette décision, en particulier à l'arrêt de la prise en charge des soins médicaux par la CNA, faisant valoir que l'avis du 15 mai 2014 du Dr B._____ n'était pas motivé et n'avait dès lors pas de valeur probante. L'assuré ajoutait qu'il souffrait toujours des séquelles de l'accident du 21 février 2014. Il a produit avec son opposition plusieurs rapports médicaux, dont celui du 14 avril 2014 du Dr M._____ et un rapport du 23 mai 2014 du Dr T._____ à [...], exposant que l'accident du 21 février 2014 avait occasionné une contusion des deux genoux avec épanchement intra-articulaire, surtout du genou gauche, limitations fonctionnelles bilatérales et déchirure du ménisque interne, précisant que ces lésions avaient nécessité un traitement conservateur. Dans un nouvel avis médical du 2 février 2015, le Dr B._____ a exposé que les troubles actuels au genou gauche étaient en lien de causalité naturelle de façon probable avec l'accident du 18 mai 2004, cet évènement ayant entraîné une aggravation durable de l'état antérieur compte tenu de la ménisectomie interne réalisée. L'évènement accidentel du 21 février 2014 avait consisté en une simple contusion du genou selon l'IRM du 3 avril 2014 et avait entraîné une déstabilisation passagère de l'état antérieur. Le statu quo sine était fixé trois mois après le traumatisme, étant précisé qu'il s'agissait du délai maximal de guérison d'une simple

contusion n'ayant pas entraîné de nouvelle lésion osseuse méniscale ou ligamentaire. S'agissant du genou droit, le Dr B. _____ a indiqué que comme pour le genou gauche, l'accident du 21 février 2014 avait provoqué une contusion osseuse (moins importante qu'à gauche) et que l'on pouvait considérer que cette contusion osseuse avait cessé de déployer ses effets au bout de trois mois, en l'absence de signes cliniques ayant justifié des investigations radiologiques complémentaires. Par courrier du 25 février 2015, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle admettait partiellement l'opposition du 5 juin 2014, en ce sens qu'elle considérait que les troubles au genou gauche étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 18 mai 2004 assuré par la CNA. Ledit courrier n'était pas intitulé "décision sur opposition" et ne contenait pas de voies de droit. Dans un courrier du 2 mars 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a demandé à la CNA de clarifier sa communication du 25 février 2015 quant à sa forme et son contenu. Sur le premier point, il demandait à la CNA de préciser s'il s'agissait d'une décision et, sur le fond, lequel des traitements médicaux continuerait à être pris en charge et lequel ne le serait plus. Par lettre du 12 mars 2015, intitulée "décision" la CNA a répondu qu'elle accusait réception du courrier de l'assuré du 2 mars 2015 consécutif à sa "correspondance" du 25 février 2015 et qu'elle prenait à présent la décision qui suivait : sur le fond, elle a retenu que les troubles qui subsistaient au genou et au pouce droits n'étaient plus dus à l'accident du 21 février 2014 et que le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint le 31 mai 2014 au plus tard. S'agissant des troubles psychiques, la CNA a considéré qu'ils n'étaient pas en lien de causalité avec ledit accident. Cette décision n'était pas munie des voies de droit. Le 30 mars 2015, l'assuré, par son avocat, s'est opposé aux "décisions" de la CNA des 25 février et 12 mars 2015, tout en précisant qu'il lui était "incompréhensible" de recevoir les décisions de la CNA des 25 février et 12 mars 2015, alors qu'une opposition avait été déposée contre ses précédentes décisions. Dès lors, il expliquait qu'en parallèle à la présente opposition, il formait recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice de la République et canton de Genève contre les décisions des 25 février et 12 mars 2015. S'agissant de ses motifs et conclusions en procédure d'opposition, il s'en remettait à son acte de recours. Ainsi, par acte du 30 mars 2015, l'assuré a également recouru contre les "décisions" des 25 février et 12 mars 2015 de la CNA devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève, en concluant à l'annulation de ces décisions et à la prise en charge par la CNA des suites de l'accident du 21 février 2014 (poursuite de la prise en charge des traitements). Par décision sur opposition du 17 avril 2015, la CNA a exposé que le courrier du 25 février 2015 n'était pas une décision, de sorte qu'elle avait confirmé les termes de celui-ci par la décision formelle du 12 mars 2015 et qu'elle rendait dès lors à présent une décision sur opposition. Sur le fond, la CNA a partiellement admis l'opposition, en ce sens que les troubles au pouce droit pour lesquels l'assuré avait consulté le Dr [...] le 23 juin 2014 étaient à sa charge. Quant aux troubles psychiques pour lesquels l'assuré était suivi depuis le 17 avril 2014 par le Dr H. _____, ils n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 21 février 2014, de sorte que la CNA avait à bon droit refusé d'allouer des prestations à cet égard. Les troubles au genou droit persistant au-delà du 31 mai 2014 n'étaient pas non plus à la charge de la CNA, mais à la charge de l'assureur-maladie ou l'assureur-accident qui avait pris en charge en 2002 la plastie du ligament croisé antérieur avec, selon le Dr M. _____, une évolution vers une gonarthrose fémoro-tibiale. Le 4 mai 2015, l'assuré a adressé à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la république et canton de Genève, "un complément de recours" dans lequel il s'est rallié à la position de la CNA selon laquelle son courrier du 12

mars 2015 devait être considéré comme une nouvelle décision susceptible d'opposition. Dès lors, l'assuré considérait que la seule décision sur opposition dans cette procédure était l'écriture de la CNA du 17 avril 2015. Par arrêts des 1^{er} et 13 juillet 2015 (causes [...] et [...]), la Cour de justice de Genève a constaté que le recours contre la missive du 25 février 2015 de la CNA et contre la décision du 12 mars 2015 était sans objet et a rayé les causes du rôle, en précisant que les parties avaient admis que la seule décision sur opposition qui avait été rendue était celle du 17 avril 2015. C. Dans un courrier du 28 février 2023, l'assuré, par son nouveau mandataire, Me Jean-Michel Duc, a annoncé à titre de rechute de l'accident du 21 février 2014, des séquelles invalidantes aux deux genoux nécessitant des traitements médicaux. Il a produit une attestation du 26 avril 2022 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant que l'assuré avait développé progressivement, à la suite de l'accident du 21 février 2014, une gonarthrose tri-compartimentale bilatérale. Cette affection était symptomatique, avec des douleurs de type mécanique nécessitant la prise d'anti-inflammatoires et des infiltrations. L'assuré avait un périmètre de marche de plus en plus limité. A court terme, il devrait bénéficier d'une arthroplastie totale des genoux des deux côtés. Dans un courriel du 13 mars 2023 au mandataire de l'assuré, la CNA a annoncé qu'elle allait examiner la question de la rechute s'agissant du genou gauche, précisant qu'elle avait déjà statué, le 12 mars 2015, sur le fait que le statu quo s'agissant du genou droit de l'intéressé avait été atteint. Le 14 mars 2023, la CNA a demandé à son médecin d'arrondissement, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de se prononcer sur le dossier, en particulier d'examiner si les troubles au genou gauche de l'assuré étaient imputables à l'accident du 18 mai 2004, après avoir spécifié que le cas ne concernait que le genou gauche, dès lors que le statu quo sine avait été posé s'agissant du genou droit. Par courrier du 17 mars 2023, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle prenait en charge les prestations d'assurance pour son genou gauche en tant que rechute de l'accident du 18 mai 2004. En parallèle, elle a demandé à la Clinique des Grangettes à Genève de lui transmettre toutes les images du genou gauche disponibles depuis 2004 afin de pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations de l'intéressé. Dans ce cadre, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a complété un rapport médical intermédiaire le 1^{er} juin 2023 à l'intention de la CNA, dans lequel il a indiqué que l'assuré souffrait d'une grave arthrose bilatérale au niveau des genoux, après avoir rappelé qu'il avait subi un choc violent aux deux genoux lors de l'accident du 21 février 2014. A la demande de la CNA, son médecin d'arrondissement a procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Dans son rapport du 24 octobre 2023, le Dr C._____ a évalué l'atteinte à l'intégrité du genou gauche de l'assuré à 25 % du montant maximum du gain assuré, en indiquant les motifs suivants : "Se référant au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose en gonarthrose, l'évolution est celle d'une arthrose significative tri-compartimentale dont seul le compartiment interne est dû en son évolution et sa décompensation à l'évènement en causalité naturelle et vraisemblance prépondérante. Nous sommes donc plutôt sur une arthrose fémoro-tibiale interne grave à hauteur de 25 %, la prothèse du genou devant être mise en place dans les meilleurs délais". Par décision du 16 novembre 2023, la CNA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assuré fixée à 25 % du montant maximum du gain annuel assuré, soit un montant de 26'700 francs. Le 15 décembre 2023, l'assuré, par son mandataire, s'est opposé à cette décision, en faisant valoir, sur la base d'un rapport du 13 novembre 2023 du Dr G._____ à Me Duc, qu'il souffrait d'une grave arthrose bilatérale, en lien de causalité avec l'accident de 2014. Il estimait que l'atteinte à l'intégrité était de

35 % en moyenne par genou et que le taux global était encore plus élevé étant donné que ses deux genoux étaient atteints. Dans le rapport du 13 novembre 2023, le Dr G. _____ a posé les diagnostics de gonarthrose tri-compartimentale prédominant sur le compartiment interne, bilatérale, d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale, de status post-réparation du ligament croisé antérieur à droite, de ménisopathies externe et interne aux genoux droit et gauche et de status post méniscectomie partielle des genoux droit et gauche. S'agissant de la question du lien de causalité entre les gonarthroses bilatérales et l'accident de 2014, le Dr G. _____ a rappelé qu'il s'était agi d'une collision frontale avec un choc des deux genoux sur le tableau de bord et que ce mécanisme était causal de dégâts cartilagineux fémoro-rotuliens. Il ajoutait qu'il était hautement vraisemblable que ces dégâts cartilagineux aient évolué vers une arthrose fémoro-patellaire bilatérale. Dans un complément d'opposition du 28 décembre 2023, l'assuré a fait valoir, en se basant sur une nouvelle appréciation du 21 décembre 2023 du Dr G. _____, que l'atteinte à l'intégrité était de 50 % vu l'atteinte à ses deux genoux, causée par l'accident du 21 février 2014. Il a joint à son complément d'opposition le courriel du 21 décembre 2023 du Dr G. _____ répondant aux questions de son avocat dans les termes suivants : "Les deux genoux présentent une atteinte arthrosique tricompartmentale mais surtout au niveau fémoro-patellaire. C'est essentiellement cette arthrose fémoro-patellaire bilatérale qui est en lien direct avec l'accident de 2014 vu le mécanisme de heurt des genoux sur le tableau de bord du véhicule suite à une collision frontale où le véhicule de M. U. _____ circulait à 30 km/h et le véhicule en sens inverse à 65 km/h. Le choc en résultant est d'une magnitude suffisante pour causer un dommage conséquent au cartilage fémoro-patellaire. En se basant sur la table indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA table 5 (Révision 2011) arthrose fémoro-patellaire, on peut estimer l'atteinte à l'intégrité à 25 % pour chaque genou ce qui fait un total de 50 %". A la demande de la CNA, le Dr C. _____ a procédé à une nouvelle appréciation de la situation, dans un rapport du 14 mai 2024, après avoir pris connaissance des deux rapports du Dr G. _____ susmentionnés. Il a écrit ce qui suit : "Nous avons été intrigués, lorsque l'on nous a posé la question par une radiographie en date du 30.06.2006, réalisée chez l'assuré des deux genoux face/profil, sur laquelle il existait indiscutablement les traces d'une ligamentoplastie de type Kenneth Jones au niveau du genou droit. Il apparaît que cette ligamentoplastie, sur indication du Dr M. _____, a été pratiquée le 10.09.2002 et que l'évolution se faisait à ce moment-là, c'est-à-dire maintenant douze ans avant le présent, vers une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante. Aux constatations d'alors, comme le notait le Dr M. _____, le Lachmann avait un arrêt franc et était noté à 6 mm. D'autant qu'un Lachmann à 6 mm reste quand même la preuve d'une certaine laxité sans rupture du ligament croisé antérieur. Et cette impression a été validée par le médecin d'assurance, le Dr B. _____, lors de ses différentes appréciations, qui prenaient bien en compte le fait qu'il y avait eu une contusion des deux genoux, et qu'il s'agissait d'une contusion osseuse modérée, et dont les effets délétères avaient cessé au bout de trois mois d'absence de signes cliniques et ayant justifié des investigations radiologiques. Il était noté, par ailleurs, dans l'appréciation du 22.07.2014 du médecin d'assurance, que l'assuré avait présenté en 2002, un accident, en pratiquant du beach-volley, ayant nécessité une chirurgie par le Dr M. _____, à la clinique [...]. Ce cas fut pris en charge par [...]. Il ressort qu'il existe vraisemblablement une progression sur une laxité, déjà de 6 mm, résiduelle, constatée douze ans après la ligamentoplastie du Dr M. _____, c'est-à-dire maintenant à 22 ans de cette ligamentoplastie. L'évolution, en causalité naturelle d'un genou opéré par ligamentoplastie de type Kenneth Jones, 22 ans après les faits et présentant déjà une laxité

mesurée à 6 mm, bien que nous n'ayons pas de comparatif par rapport au gauche, et qui reste toutefois au-dessus des chiffres, montre quand même une certaine tendance à une correction incomplète laissant le genou dans une cinématique potentiellement entraînant une arthrose. Il n'est donc pas étonnant que cette arthrose soit jugée évolutive et pouvant nécessiter la mise en place d'une prothèse du genou. Toutefois, cet événement n'est pas à prendre en charge par le CNA et doit être évalué par la société d'assurance qui a été responsable de sa prise en charge, à savoir, comme l'indiquait le médecin d'assurance, [...]". Par décision sur opposition du 21 juin 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 16 novembre 2023. S'agissant du genou gauche de l'intéressé, elle a confirmé qu'un taux de 25 % du montant maximum du gain assuré devait être retenu pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, relevant que les Dr C._____ et G._____ étaient du même avis à cet égard (ce qui n'était par ailleurs pas contesté par l'assuré). S'agissant du genou droit, la CNA a retenu que la problématique arthrosique n'était pas à sa charge, en se fondant sur le rapport du 14 mai 2024 du Dr C._____, qu'elle a annexé à la décision sur opposition. D. Le 21 août 2024, U._____, par l'intermédiaire de son mandataire, recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 21 juin 2024 de la CNA. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de cette décision, en ce sens que la CNA est condamnée à lui allouer de plus amples prestations, notamment une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %. Subsidiairement, le recourant conclut à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Sur le fond, le recourant est d'avis qu'il a le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité compte tenu également de l'atteinte à son genou droit, faisant valoir que cette atteinte est en lien de causalité avec l'accident de 2014 et non avec celui de 2002, se prévalant à cet égard des rapports du Dr G._____. Le recourant se prévaut par ailleurs de l'art. 102a OLAA, faisant valoir que la CNA est tenue de lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité à titre provisoire, quand bien même les atteintes au genou droit ne seraient pas en lien avec l'accident de 2014. Au plan formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que la CNA ne lui a pas donné connaissance du rapport de son médecin-conseil avant de statuer. Il en conclut que, le vice ne pouvant pas être réparé, la décision sur opposition doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle lui donne la possibilité de se prononcer sur l'"expertise" du médecin-conseil, puis rende une nouvelle décision. Dans sa réponse, la CNA conclut au rejet du recours. S'agissant de la violation du droit d'être entendu invoquée, elle considère qu'on ne saurait lui reprocher d'avoir empêché l'assuré de faire valoir ses droits en connaissance de cause, dès lors que son représentant légal pouvait demander une copie du dossier de son mandant à tout moment. Sur le fond, la CNA maintient sa position selon laquelle la problématique arthrosique au genou droit n'est pas à sa charge, en se fondant sur l'appréciation du 14 mai 2024 du Dr C._____. Elle confirme par ailleurs la fixation de l'IPAI à 25 % du montant maximum du gain assuré pour l'atteinte au genou gauche, relevant que l'appréciation du Dr G._____ et du Dr C._____ se rejoignent à cet égard. Par réplique du 22 novembre 2024, le recourant confirme sa position, ajoutant que vu les contradictions entre les appréciations médicales au dossier, en particulier celle du Dr C._____, d'une part, et celle du Dr G._____, d'autre part, la CNA aurait dû mettre en œuvre une expertise. Dans sa duplique du 5 février 2025, la CNA confirme ses conclusions. Dans ses déterminations du 21 février 2025, le recourant maintient ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS

830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 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. Le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'intimée de ne pas lui avoir donné connaissance du rapport de son médecin-conseil avant de statuer, sur lequel elle s'est fondée pour rendre la décision sur opposition litigieuse. Il en conclut que la décision sur opposition doit être annulée, le vice ne pouvant pas être réparé, et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle lui donne la possibilité de se prononcer sur l'"expertise" du Dr C. _____, puis rende une nouvelle décision. Il convient d'examiner ce grief de nature formelle en premier lieu, dès lors que sa violation entraînerait l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3). a) aa) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et les références). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 131 V 35 consid. 4.2 ; 126 I 7 consid. 2b ; 122 I 109 consid. 2b). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références). Selon l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendue (al. 1). Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition (al. 2). Cette disposition formalise l'application du droit d'être entendu dans la procédure en matière d'assurances sociales (Dupont, n° 1 ad art. 42 LPGA, in : Dupont/Moser-Szeless (édit.), Commentaire romand, Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales, Bâle 2025 ; ci-après : Dupont/Moser-Szeless, CR LPGA 2025). Quant à l'art. 47 LPGA, il concrétise le droit de consulter le dossier en matière d'assurances sociales (cf. Dupont, n° 6 ad art. 42 LPGA, in : Dupont/Moser-Szeless, CR LPGA 2025). bb) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible,

en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références). b) En l'occurrence, la question se pose de savoir si la CNA a violé le droit du recourant de consulter son dossier, dès lors qu'elle ne lui a pas communiqué l'appréciation du Dr C. _____ du 14 mai 2024 avant de rendre sa décision sur opposition et qu'il s'agit d'une nouvelle pièce essentielle que le recourant ne pouvait pas connaître. Quoi qu'il en soit, cette question peut demeurer indécise dès lors que même s'il s'agissait d'un vice grave, celui-ci devrait être considéré comme réparé dès lors que le recourant a eu la possibilité de se prononcer sur cette pièce devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen. 3. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la CNA est tenue d'octroyer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour l'atteinte arthrosique qu'il présente au genou droit. S'agissant du genou gauche, le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % du montant maximum du gain assuré n'est pas litigieuse et peut être confirmé vu les avis du Dr C. _____ (cf. son appréciation du 24 octobre 2023) et du Dr G. _____ (cf. son rapport du 13 novembre 2023 et son courriel du 21 décembre 2023 à Me Duc) à cet égard. 4. a) aa) 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. bb) 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). cc) 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_565/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA ; voir également art. 19 al. 1, première phrase, LAA). c) Selon l'art. 100 al. 5 OLAA, si les suites d'une pluralité d'accidents donnent droit à une nouvelle prétention à une rente, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à une allocation pour impotent, les prestations sont allouées par l'assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident. Les assureurs intéressés peuvent déroger par convention à cette règle, notamment si le nouvel accident a des conséquences considérablement moins graves que les précédents ou si le gain assuré auprès de l'assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident est considérablement plus bas que le gain assuré auprès d'un autre assureur. Les autres assureurs intéressés remboursent ces prestations, sans les allocations de renchérissement, à l'assureur tenu de verser les prestations selon le dommage leur incombant ; ils se libèrent ainsi de leur obligation d'allouer des prestations. d) aa) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). bb) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les

cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. La Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) e) Au sens de l'art. 36 al. 3 OLAA, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi. Selon la jurisprudence, on peut constater l'existence de plusieurs atteintes à l'intégrité lorsque des atteintes peuvent être clairement établies au plan médical et leurs effets clairement distingués les uns des autres. Les atteintes à l'intégrité clairement distinctes et sans influence réciproque doivent en principe être additionnées (TF 8C_38/2024 du 28 juin 2024 consid. 2.3.2 ; 8C_300/2020 du 2 décembre 2020, consid. 4.3 avec renvois). Après avoir additionné les pourcentages correspondant aux différents dommages, il convient de procéder à une appréciation globale et d'évaluer si le résultat est juste et proportionné par rapport aux autres atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Dans le domaine de l'assurance-accidents, la loi ne vise pas seulement à indemniser les atteintes à l'intégrité en tant que telles de manière égalitaire et abstraite, sur la base des résultats médicaux obtenus dans chaque cas particulier mais aussi de manière appropriée par rapport à d'autres dommages, tels que ceux tarifés à l'annexe 3 de l'OLAA, en tenant compte de leur évaluation par le législateur (TF 8C_38/2024 du 28 juin 2024 consid. 2.3.2 et les références). 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) D'après la jurisprudence, 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 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). On ajoutera que 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; TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'atteinte arthrosique au genou droit que présente l'assuré est en lien de causalité naturelle, totalement ou partiellement (cf. art. 100 al. 5 OLAA), avec l'accident du 21 février 2014 ou s'il est exclusivement lié à l'accident de 2002, voire à une autre cause. a) L'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr C. _____, son médecin-conseil. Dans son appréciation du 14 mai 2024, celui-ci a examiné en détail la question du lien de causalité entre l'atteinte arthrosique au genou droit de l'assuré et l'accident de beach-volley de 2002, respectivement l'accident de la circulation du 21 février 2014, après avoir établi une anamnèse détaillée des faits médicaux liés aux accidents de 2002, 2004 et 2014. Sur cette base, le Dr C. _____ a relevé que l'accident de 2002 avait donné lieu à une plastie des ligaments croisés antérieurs du genou droit de l'assuré, laquelle avait été réalisée le 10 septembre 2002 par le Dr M. _____. Le Dr C. _____ a ensuite noté que ce dernier médecin avait constaté, dans son rapport du 14 avril 2014 à la CNA, la présence d'un "Lachmann à 6 mm" avec arrêt franc au niveau de ce genou droit. Selon le Dr C. _____, cette laxité mesurée à 6 mm "montrait une certaine tendance à une correction incomplète laissant le genou dans une cinématique potentiellement entraînant une arthrose". Autrement dit, selon le Dr C. _____, l'arthrose du genou droit se trouve en lien de causalité avec la ligamentoplastie effectuée par le Dr M. _____ à la suite de l'accident de 2002, dans la mesure où cette opération n'a pas totalement corrigé la laxité du genou, ce qui a entraîné, avec le temps, l'apparition d'une arthrose. A l'égard des conséquences de l'accident de 2014, le Dr C. _____ a relevé que le Dr B. _____ (à savoir le médecin d'arrondissement de la CNA qui s'était prononcé sur le cas à l'époque) avait indiqué, dans ses différentes appréciations, que l'accident du 21 février 2014 avait provoqué une contusion osseuse modérée des genoux, dont les effets délétères avaient cessé après trois mois. On notera encore que, selon les pièces du dossier, l'assuré s'est plaint de douleurs principalement à son genou gauche après l'accident de 2014 (cf. note d'entretien téléphonique entre l'assuré et la CNA du 28 mars 2014 et rapport d'audition de l'assuré par la CNA du 24 avril 2014) et que seul le genou gauche avait donné lieu à des investigations médicales plus approfondies, en particulier la réalisation d'une IRM (cf. rapport d'IRM du 3 avril 2014 du Dr [...]). Vu ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'appréciation du Dr C. _____ du 14 mai 2024 est bien

motivée et convaincante, ainsi que conforme aux constatations médicales objectives découlant du dossier. b) Il n'y a par ailleurs pas lieu de douter de la valeur probante de l'appréciation du Dr C. _____ sur la base d'autres éléments du dossier, en particulier des rapports médicaux des 13 novembre et 21 décembre 2023 du Dr G. _____. Il ressort desdits rapports que, pour le Dr G. _____, l'accident de la circulation du 21 février 2014 a causé de l'arthrose aux deux genoux de l'assuré et non pas seulement à son genou gauche. En particulier, dans son courriel du 21 décembre 2023 à Me Duc, le Dr G. _____ a expliqué ce qui suit : "les deux genoux présentent une atteinte arthrosique tri-compartimentale mais surtout au niveau fémoro-patellaire. C'est essentiellement cette arthrose fémoro-patellaire bilatérale qui est en lien direct avec l'accident de 2014 vu le mécanisme de heurt des genoux sur le tableau de bord du véhicule, suite à une collision frontale où le véhicule de M. U. _____ circulait à 30 km/h et le véhicule en sens inverse à 65 km/h. Le choc en résultant est d'une magnitude suffisante pour causer un dommage conséquent au cartilage fémoro-patellaire". Or les conclusions du Dr G. _____ sont fondées uniquement sur la description du mécanisme de l'accident. Ce médecin n'a ni établi d'anamnèse ni pris en compte l'ensemble des éléments médicaux du dossier liés aux accidents de 2002, 2004 et 2014. Son appréciation est ainsi incomplète et n'emporte pas conviction. Elle est partant dénuée de valeur probante et pas de nature à mettre en doute l'appréciation de la situation par le Dr C. _____. En conséquence, il n'y a pas lieu de renvoyer le dossier à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision. c) En définitive, il ressort du dossier que l'atteinte arthrosique au genou droit de l'assuré n'est pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 21 février 2014 ou celui de 2004, de sorte qu'il n'y a pas lieu de condamner la CNA à allouer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu de cette atteinte. 7. Le recourant se prévaut de l'art. 102a OLAA et fait valoir que la CNA est tenue de lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité à titre provisoire, quand bien même ses atteintes au genou droit ne seraient pas en lien avec l'accident de 2014. a) Selon l'art. 102a OLAA, si plusieurs assureurs contestent être tenus à prestations pour les suites d'un accident, c'est l'assureur chronologiquement le plus proche de la survenance des suites de l'accident qui est tenu de verser les prestations à titre provisoire. b) En l'occurrence, dès lors que le recourant ne soutient ni ne démontre qu'un autre assureur-accidents a refusé de lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour son genou droit, cette disposition n'est pas applicable (cf. à cet égard TF 8C_692/2022 du 2 mai 2023, consid. 6.8). 8. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. b) La loi fédérale sur l'assurance-accidents ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires pour les litiges en matière de prestations (cf. art. 61 let. f bis LPGA), il n'est pas perçu de tels frais. c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 21 juin 2024 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 aux parties. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc (pour U. _____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal

fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.