

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 septembre 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à C***, recourant,

et

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

**Art. 16 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; 36
al. 1 OLAA**

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, sans formation, travaillait à plein temps pour F._____ Sàrl en qualité d'ouvrier spécialisé en construction. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les conséquences d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le [...] 2018, vers 1 heure du matin, alors qu'il œuvrait sur un chantier à la gare de D***, à J***, les freins du wagonnet, dans lequel se trouvaient l'assuré ainsi que trois autres ouvriers, ont lâché. Pour s'extraire du wagonnet qui avait pris de la vitesse, les ouvriers, dont l'assuré, ont sauté hors de l'engin. L'assuré a alors buté contre une lanterne d'aiguillage avec son genou droit (cf. déclaration d'accident du 23 mars 2018 et compte-rendu d'un entretien à domicile du 20 août 2018).

Le jour même, l'assuré s'est rendu auprès du Centre hospitalier universitaire M._____ (Centre hospitalier universitaire M._____), où le diagnostic principal de traumatisme du genou droit avec lésion ostéochondrale du condyle médial et arthrotomie traumatique avec déficit de l'appareil extenseur et lésion partielle du tendon quadricipital et de l'aileron interne a été posé. Il a subi une opération de suture du tendon quadricipital du genou droit et de l'aileron interne avec le ligament fémoro-patellaire médial et s'est retrouvé en incapacité totale de travail depuis lors.

La CNA a pris en charge les suites de l'accident.

Selon une IRM réalisée le 4 avril 2018, le genou droit de l'assuré présentait des stigmates de traumatisme cartilagineux et osseux avec atteinte capsulaire et ligamentaire médiale supérieure.

A l'issue d'un séjour du 30 janvier au 26 février 2019 à la Clinique K._____, la situation de l'assuré n'était pas stabilisée tant du point de vue médical que des aptitudes fonctionnelles.

Le 4 juin 2019, l'assuré a subi une nouvelle intervention au genou droit, réalisée par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier universitaire M._____, lors de laquelle ont été réalisées une ablation d'un fragment chondral et d'un fragment ostéochondral libres intra-articulaires, une biopsie chondrale pour greffe chondrocytaire, réalisée aux dépens de la partie la plus proximale et interne de la joue interne de la trochlée fémorale et de la partie la plus proximale et externe de sa joue externe, ainsi qu'une ostéotomie tibiale proximale de valgisation par ouverture interne avec *up-cut* à hauteur de la tubérosité tibiale antérieure, stabilisation sur plaque Tomofix et comblement par allogreffe osseuse spongieuse (cf. protocole opératoire du 6 juin 2019).

Le 16 octobre 2019, l'assuré s'est à nouveau fait opérer du genou droit par arthrotomie parapatellaire interne et abord *subvastus* pour un débridement des lésions chondrales de la trochlée et du condyle fémoral interne, ainsi que pour une greffe chondrocytaire de seconde génération (cf. faxmed de sortie, daté du même jour).

Le 15 juin 2020, une nouvelle intervention sur le genou droit de l'assuré, consistant en une ablation de la plaque Tomofix au versant interne du tibia proximal, a été réalisée (cf. protocole opératoire du 16 juin 2020).

A la suite d'un examen clinique de l'assuré, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a, dans un rapport final du 19 mars 2021, retenu les diagnostics de gonalgies à droite sur atteinte du cartilage du condyle interne, avec un status post-ostéotomie de valgisation du tibia et greffe de cartilage sur le condyle interne. Il a considéré que la situation médicale était stabilisée et a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de montée ou descente d'escaliers ou d'échelles, pas de port de charges lourdes, ni d'activité en position accroupie ou à genoux. L'activité habituelle d'ouvrier sur des chantiers n'était plus exigible et la

capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 100%, sans diminution de rendement. Le Dr E. _____ a estimé à 15% le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 15 avril 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mai 2021.

Par projet du 16 avril 2021, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2019 au 30 juin 2021, à la suite de la demande de prestations qu'il avait déposée le 17 octobre 2018.

Par décision du 14 juin 2021, la CNA a dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

Le 17 août 2021, l'assuré, assisté de Me Olivier Carré, s'est opposé à cette décision. Il a demandé que la CNA surseoie à statuer en l'état sur l'opposition et lui octroie un délai pour produire un avis médical privé et compléter l'opposition.

Dans un rapport du 15 octobre 2021, le Dr L. _____ a indiqué qu'il soupçonnait un échec de la greffe chondrocytaire du condyle fémoral interne et précisé que si ce soupçon venait à se confirmer, il faudrait envisager une reprise chirurgicale.

Par courrier du 1^{er} décembre 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle annulait la décision du 14 juin 2021 et reprenait le versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} juin 2021.

Selon un rapport du Dr L. _____ du 5 avril 2022, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale sur son genou droit le 21 mars 2022, tendant au prélèvement d'os spongieux à hauteur de la crête iliaque

homolatérale, au débridement, au niveau du condyle fémoral interne, de la greffe chondrocytaire de seconde génération et de l'os sous-chondral sur une profondeur de 5 à 6 mm, ainsi qu'à la réalisation de microperforations du lit de la lésion et à la reconstruction du défaut ostéochondral par greffe osseuse autologue et greffe chondrocytaire autologue (procédure sandwich).

En date du 11 août 2022, F. _____ Sàrl, employeur de l'assuré au moment de l'accident, a prononcé sa dissolution et la société a été radiée du Registre du commerce le 2 février 2024.

Aux termes d'un rapport du 24 mars 2023 à l'OAI, faisant suite à une consultation de l'assuré du 21 mars 2023, le Dr N. _____ a précisé que l'évolution clinique n'était pas favorable à un an post-opératoire et que le bilan complémentaire parlait en faveur d'un échec de la greffe ostéochondrale. Après une longue discussion avec l'assuré et le Dr L. _____ et devant une situation plus ou moins stabilisée, il avait été décidé de ne pas recourir à une nouvelle prise en charge chirurgicale mais plutôt à une attitude expectative avec la poursuite de la physiothérapie et un nouveau bilan par SPECT-CT dans les prochaines semaines ou mois. Une nouvelle consultation était prévue dans les trois mois afin de suivre l'évolution clinique du patient.

Dans un rapport du 19 avril 2023, le Dr P. _____, alors médecin assistant à la consultation du team genou ligamentaire du Centre hospitalier universitaire M. _____ (désormais spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), a mentionné que l'assuré avait été revu en consultation le 18 avril 2023 et qu'il avait été décidé de demander un avis au team prothétique du Centre hospitalier universitaire M. _____ sur l'indication à la mise en place d'une prothèse unicompartmentale interne.

Dans un avis du 21 avril 2023, le Dr E. _____ a précisé que la situation médicale de l'assuré n'était pas stabilisée car celui-ci avait rendez-vous au Centre hospitalier universitaire M. _____ dans les semaines à

venir afin de discuter de la possibilité de la mise en place d'une prothèse partielle du genou. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les suivantes : pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de montées/descentes d'escaliers ou d'échelles, pas de port de charges lourdes, ni d'activités en position accroupie ou à genoux.

D'après un rapport du Dr L._____ du 14 août 2023, l'assuré avait, une nouvelle fois, été opéré au genou droit le 3 août 2023. Il était noté ce qui suit :

« [...] devant l'échec de la prise en charge de l'atteinte ostéochondrale du condyle fémoral interne, nous avons eu une très longue discussion avec le patient. Le SPECT-CT du 22 mars 2023 objective une hyperfixation du radiotraceur à hauteur de la phase osseuse de la lésion. L'IRM du 21 juin 2023 suggère une bonne intégration de la composante chondrale de la greffe. Devant l'échec des traitements conservateurs, le bon contrôle de la composante neuropathique de la symptomatologie et le jeune âge, nous avons évoqué une indication à une nouvelle reprise chirurgicale. Un avis a été soumis au team prothétique qui a suggéré la réalisation d'une arthroplastie unicompartmentale interne associée à une ostéotomie de varisation du tibia proximal (reprise par soustraction interne de l'ostéotomie tibiale proximale d'ouverture interne). Devant le caractère peu documenté de ce type de procédure et l'atteinte focale du condyle fémoral interne, nous avons ensuite retenu l'indication à une reprise chirurgicale moins agressive pour ablation du greffon ostéochondral du condyle fémoral interne. »

Dans le cadre du suivi post-opératoire, l'assuré a été vu en consultation notamment le 14 novembre 2023 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier universitaire M._____, qui a constaté une diminution des douleurs à trois mois post-opératoires, l'assuré étant à même de réaliser « plus de choses » et a conclu, après avoir vu le cas avec le Dr L._____, à une évolution plutôt favorable avec une situation stabilisée.

Par courrier du 29 avril 2024 à la CNA, Me Carré a informé cette dernière que l'assuré s'apprêtait à être reçu par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour un avis privé.

Le 3 mai 2024, le Dr E. _____ a procédé à un nouvel examen médical de l'assuré. Dans le rapport y relatif, daté du même jour, ce médecin a retenu le diagnostic de gonalgies droites sur atteinte du cartilage du condyle interne avec un status post-ostéotomie de valgisation et échec de la prise de greffe du cartilage sur le condyle interne. Il a précisé que, depuis la dernière intervention chirurgicale, il n'y avait plus d'évolution de l'état de santé de l'assuré, qui était le même que celui constaté lors de l'examen médical du 21 avril 2023. A titre de limitations fonctionnelles, le Dr E. _____ a mentionné la marche prolongée en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers ou d'échelles, le port de charges lourdes et les activités en position accroupie ou à genoux. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail de l'assuré était exigible à 100%, sans diminution de rendement. En revanche, l'activité habituelle d'ouvrier sur des chantiers n'était plus exigible, car elle ne respectait pas les limitations fonctionnelles retenues. Le Dr E. _____ estimait toujours à 15% de taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 8 mai 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle cessait la prise en charge des soins médicaux et le versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2024.

Une arthro-IRM du 4 juin 2024 a mis en évidence la persistance d'un œdème osseux modéré autour de la lésion ostéochondrale et à la partie antérieure du condyle fémoral médial. Toutefois, cet œdème était en nette diminution par rapport à l'IRM comparative du 21 juin 2023 et la chondropathie fémoro-patellaire de grade III d'aspect stable avec un amincissement du cartilage trochléen médial et une ulcération profonde du cartilage de la crête patellaire.

Par décision du 25 septembre 2024, la CNA a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité compte tenu d'une perte économique de 8,12% et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

Le 28 octobre 2024, l'assuré, par Me Carré, a formé opposition à cette décision. Il a notamment contesté la stabilisation de son état de santé.

Par courrier du 31 janvier 2025, Me Carré a fait savoir à la CNA qu'il n'était plus mandaté par l'assuré.

Le 5 février 2025, la CNA a imparti à l'assuré un délai au 21 février 2025 pour indiquer s'il maintenait l'opposition et, dans l'affirmative, pour la compléter.

Dans un rapport du 27 juin 2025 relatif à une consultation du 23 juin 2025, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier universitaire M._____, a indiqué que la situation de l'assuré était complexe avec de multiples reprises de son genou droit et finalement un échec de greffe ostéocondrale du condyle fémoral interne et la présence d'une arthrose fémorotibiale interne symptomatique. La présence d'un status post valgisation du tibia était discutable pour la mise en place d'une prothèse unicompartimentale interne mais semblait toutefois une bonne option pour diminuer les douleurs du patient. Après explications des risques et bénéfices de cette intervention avec notamment la persistance de douleurs, en particulier neuropathiques, le Dr R._____ a précisé que l'assuré avait signé le document de consentement opératoire pour la mise en place d'une telle prothèse par assistance robotisée.

Par courrier du 24 septembre 2025, la CNA a informé le Centre hospitalier universitaire M._____ qu'elle acceptait la prise en charge des frais de traitement hospitalier en lien avec l'opération d'implantation d'une prothèse prévue le 1^{er} octobre 2025.

Le cas de l'assuré a été soumis à la Dre S._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, qui, au terme d'une appréciation du 31 octobre 2025, a confirmé que, lors de l'examen personnel du 3 mai 2024, l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

Néanmoins, depuis cet examen et notamment lors de la consultation du 23 juin 2025, une aggravation objectivable de l'état de santé de l'assuré avait été constatée sous la forme d'un échec de greffe ostéochondrale du condyle fémoral interne et avec une arthrose fémoro-tibiale interne symptomatique. La Dre S._____ a ainsi retenu une rechute depuis juin 2025 et a conclu que l'opération préconisée lors de la consultation du mois de juin 2025 était en lien de causalité probable avec l'événement du 23 mars 2018.

Pas décision sur opposition du 5 novembre 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a, en substance, retenu, en s'appuyant sur l'avis des médecins d'arrondissement que l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé en mai 2024. Procédant ensuite à la vérification des montants du gain sans et avec invalidité, elle a constaté que la comparaison de ces deux revenus laissait apparaître une perte de gain de 5%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux retenu de 15%, se fondant sur les considérations de médecin d'arrondissement, devait être confirmé. Enfin, elle a relevé que la rechute de l'état de santé de l'assuré à compter du 23 juin 2025 avait été admise et qu'elle examinerait le droit de l'assuré aux prestations à partir de cette date.

B. Par acte du 23 novembre 2025 adressé à la CNA, transmis d'office, le 12 janvier 2026, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, B._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée, en concluant implicitement à son annulation. Il a tout d'abord contesté la stabilisation de son état de santé, compte tenu de douleurs persistantes, de limitations fonctionnelles « documentées » et de l'évolution de l'état de son genou ayant mené à l'opération du 1^{er} octobre 2025. Ensuite, il a estimé que la capacité de travail retenue de 100% dans une activité adaptée ne correspondait pas à la réalité. Enfin, il a souligné que la pose de la prothèse le 1^{er} octobre 2025 constituait une aggravation significative de son état de santé, justifiant une révision à la hausse de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans sa réponse du 26 janvier 2026, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle s'est référée à la décision sur opposition du 5 novembre 2025 et a précisé que, dans la mesure où une rechute de l'état de santé du recourant avait été admise et des prestations d'assurance d'ores et déjà octroyées, un nouvel examen du droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité interviendrait lorsque l'état de santé du recourant serait à nouveau stabilisé.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

En droit :

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

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

2. Le litige a pour objet la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement la question de savoir si, en date du 3 mai 2024, l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme étant suffisamment stabilisé pour examiner le droit à ces prestations.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa).

b) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 et la référence citée). Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4 et la référence citée).

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 [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références 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).

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

c) Pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut établir quel salaire l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption qu'il aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2).

d) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en

bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 148 V 419 consid. 5.2 ; 148 V 174 consid. 6.2 ; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2).

aa) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

bb) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

5. a) 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.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

b) 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 citée).

c) 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 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). 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. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

d) 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).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) 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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-

fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

7. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident survenu le 23 mars 2018 dont les suites ont été prises en charge par l'intimée jusqu'au 31 mai 2024, date à laquelle celle-ci a estimé que les atteintes subies par le recourant au genou droit étaient stabilisées.

b) Le recourant conteste ce point, en objectant que l'état de son genou droit a nécessité une intervention chirurgicale le 1^{er} octobre 2025, consistant en la mise en place d'une prothèse.

c/aa) Il ressort de la décision attaquée, qu'après la stabilisation constatée dès le 3 mai 2024, reposant sur l'avis du Dr E._____, l'intimée a admis une rechute à compter du 23 juin 2025, se fondant sur l'appréciation de la Dre S._____ du 31 octobre 2025, qui a estimé que l'opération de pose d'une prothèse préconisée par le Dr R._____ s'inscrivait en relation de causalité probable avec l'événement du 23 mars 2018.

Néanmoins, selon la Dre S._____, et l'intimée à sa suite, la rechute survenue dès juin 2025 n'était pas de nature à remettre en cause le fait que l'état de santé du recourant devait être considéré comme étant stabilisé à la date de l'examen réalisé le 3 mai 2024 par le Dr E._____.

bb) En l'occurrence, l'appréciation du 3 mai 2024 du Dr E._____, selon laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé en mai 2024, est convaincante.

En particulier, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi son rapport après avoir procédé à un examen clinique du recourant et tenu compte de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier. Il a également consigné les plaintes du recourant et effectué une anamnèse complète. Il

s'est ainsi prononcé en toute connaissance de cause et a apprécié la situation de manière détaillée pour aboutir à des conclusions motivées.

Son rapport d'examen peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Dans son appréciation du 3 mai 2024, le Dr E. _____ a constaté que depuis la dernière intervention chirurgicale en août 2023, il n'y avait plus d'évolution de l'état de santé de l'assuré, lequel était le même que constaté lors de l'examen médical du 21 avril 2023.

On rappellera, dans ce contexte, que le recourant a bénéficié du traitement médical utile pour le traumatisme au genou droit occasionné par l'accident du 23 mars 2018, par une prise en charge au Centre hospitalier universitaire M. _____, avec tout d'abord une opération de suture du tendon quadricipital du genou droit et de l'aileron interne avec le ligament fémoro-patellaire médial. Celui-ci a ensuite effectué un séjour à la V. _____ du 30 janvier au 29 février 2019, à l'issue duquel il a été constaté que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Puis, le 4 juin 2019, le recourant a subi une nouvelle opération (ablation d'un fragment chondral et ostéochondral libres intra-articulaires, biopsie chondrale pour greffe chondrocytaire et ostéotomie tibiale proximale de valgisation, stabilisation sur plaque Tomofix et comblement par allogreffe osseuse spongieuse), suivie de deux autres les 16 octobre 2019 (débridement des lésions chondrales de la trochlée et du condyle fémoral interne et greffe chondrocytaire de seconde génération) et 16 juin 2020 (ablation de la plaque Tomofix au versant interne du tibia proximal). En mars 2021, le Dr E. _____ a considéré que la situation était stabilisée. Toutefois, face à une suspicion, par le Dr L. _____, d'échec de la greffe chondrocytaire du condyle fémoral interne en octobre 2021 et à la confirmation de cette suspicion par la suite, une nouvelle intervention a été réalisée sur le genou droit du recourant, le 21 mars 2022 (prélèvement d'os spongieux à hauteur de la crête iliaque homolatérale, débridement, au niveau du condyle fémoral interne, de la greffe chondrocytaire de seconde génération et de l'os sous-chondral, réalisation de microperforations du lit

de la lésion et reconstruction du défaut ostéochondral par greffe osseuse autologue et greffe chondrocytaire autologue). L'évolution n'a pas été favorable à la suite de cette cinquième opération (cf. rapport du 24 mars 2023 du Dr N._____ et le Dr E._____ a conclu, en avril 2023, que la situation n'était toujours pas stabilisée dès lors que le recourant avait rendez-vous au Centre hospitalier universitaire M._____ dans les semaines à venir afin de discuter de la possibilité de la mise en place d'une prothèse partielle du genou. Le 3 août 2023, le recourant a subi une nouvelle opération (excision de la greffe ostéochondrale du condyle fémoral interne par reprise d'abord parapatellaire interne et abord *subvastus*). A cet égard, le Dr L._____ a précisé qu'il avait été décidé d'une reprise chirurgicale moins agressive que la pose d'une prothèse face au caractère peu documenté de ce type de procédure (pose d'une prothèse associée à une ostéotomie de varisation du tibia proximal) et face à l'atteinte focale du condyle fémoral interne. Lors d'une consultation du 14 novembre 2023, le Dr N._____ a constaté une diminution des douleurs à trois mois post-opératoires et a conclu, après une entrevue avec le Dr L._____, à une évolution plutôt favorable avec une situation stabilisée et une fin de suivi trois mois plus tard.

Ainsi, en mai 2024, le Dr E._____, qui a procédé à un examen clinique et constaté que la situation était la même que lors de son précédent examen en avril 2023, sous-entendant que la dernière opération en date n'avait pas apporté de réels bénéfices sur l'état du genou du recourant, pouvait valablement considérer que la situation était stabilisée et n'avait aucune raison de penser que le recourant connaîtrait une rechute en juin 2025, soit deux ans après l'opération effectuée en août 2023, ce d'autant qu'il avait déjà été question, lors de cette intervention, de la mise en place d'une prothèse mais qu'une option moins invasive avait finalement été choisie par le Dr L._____, compte tenu de la situation.

A cela s'ajoute que l'arthro-IRM effectuée le 4 juin 2024, soit postérieurement à l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, ne permet pas de remettre en cause la stabilisation de l'état du genou droit du recourant constatée par ce dernier. En effet, si cet examen a mis en

évidence la persistance d'un œdème osseux modéré autour de la lésion ostéochondrale et à la partie antérieure du condyle fémoral médial, il a également permis de constater que cet œdème était en nette diminution par rapport à l'IRM comparative du 21 juin 2023 et que la chondropathie fémoro-patellaire de grade III était d'aspect stable avec un amincissement du cartilage trochléen médial et une ulcération profonde du cartilage de la crête patellaire. Les constatations résultant des imageries vont donc dans le sens d'une stabilisation, voire d'une amélioration, de l'état du genou du recourant.

Il découle de ce qui précède que l'intimée pouvait retenir que la situation du recourant était stabilisée au jour de l'examen pratiqué par le Dr E. _____ le 3 mai 2024.

cc) Le recourant soutient que l'opération de pose d'une prothèse, intervenue le 1^{er} octobre 2025, démontrerait que son état de santé n'était pas stabilisé en mai 2024.

A cet égard, il y a lieu de constater qu'hormis le rapport d'arthro-IRM du 4 juin 2024, lequel ne permet pas, comme on l'a vu, de remettre en cause la stabilisation de l'état du genou droit constatée par le Dr E. _____, aucun autre document médical susceptible d'appuyer le point de vue du recourant n'a été transmis à l'intimée, avant celui du Dr T. _____ le 27 juin 2025. Il faut ainsi en déduire que le recourant n'a plus été suivi pour son genou droit durant plus d'une année, ce qui plaide en faveur d'une stabilisation de son état de santé durant cette période et conforte l'avis du Dr E. _____.

En l'occurrence, au moment où ce médecin s'est prononcé en mai 2024, rien au dossier ne permettait de contester une stabilisation de l'état du genou droit du recourant, pas plus que la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles mentionnées (pas de marche en terrain irrégulier, pas de montée et descente d'escaliers ou d'échelles, pas de port de charges lourdes, ni d'activités en position accroupie ou à genoux). Aucun traitement n'était

alors susceptible, à cette époque, d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant.

La Dre S._____, qui s'est prononcée le 31 octobre 2025, soit après l'opération intervenue le 1^{er} octobre 2025, a souligné que s'il fallait admettre une rechute en juin 2025, date du rapport du Dr T._____, dans lequel celui-ci préconisait la pose d'une prothèse, cela ne modifiait en rien les conclusions du Dr E._____. En l'occurrence, il n'y a pas non plus lieu de s'écarter de son appréciation convaincante qui n'est contredite pas aucun élément médical figurant au dossier.

d) En conclusion, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé le 3 mai 2024 et à interrompre la prise en charge des soins médicaux et le versement des indemnités journalières au 31 mai 2024. Elle pouvait, en conséquence, valablement examiner la question du droit à la rente en faveur du recourant, ainsi que de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8. S'agissant du droit à la rente, la comparaison des revenus opérée par l'intimée, qui n'est pas contestée en tant que telle par le recourant, ne prête pas le flanc à la critique. En particulier, l'intimée pouvait valablement se fonder, pour les deux termes de la comparaison, sur les données figurant dans le tableau TA1 de l'ESS 2022 pour un homme, total [lignes 00-96], niveau de compétences 1. Ainsi, elle a retenu un revenu sans invalidité de 68'304 fr., après prise en compte d'un horaire hebdomadaire de 41,7 heures (5'305 fr. x 41,7), ainsi que d'une indexation à 2023 [1,7%] et 2024 [1,2%]. Quant au revenu avec invalidité, l'intimée l'a fixé à 64'889 fr., en tenant compte des mêmes paramètres que pour le revenu sans invalidité, avec en outre la prise en considération d'un abattement de 5%. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité arrondi de 5%.

C'est, partant, à juste titre que l'intimée a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur au seuil minimal de 10% ouvrant le droit à une rente.

On précisera cependant que le droit à la rente fera l'objet d'un nouvel examen au moment où l'état du genou droit du recourant sera à nouveau stabilisé à la suite de l'opération du 1^{er} octobre 2025, comme l'a du reste mentionné l'intimée dans sa réponse du 26 janvier 2025.

9. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a retenu un taux de 15% en se fondant sur l'appréciation du Dr E._____. Celui-ci s'est en particulier référé à la table 5 du document relatif à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, publié par les médecins de la CNA, qui fixe un taux variant entre 5 et 15% en cas d'arthrose moyenne fémoro-patellaire. Compte tenu de la symptomatologie et d'une perte partielle de la mobilité du genou du recourant, le Dr E._____ a retenu un taux de 15% (cf. avis du 19 mars 2021). Il a précisé, dans son rapport d'examen du 3 mai 2024, qu'étant donné que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué depuis l'estimation faite en mars 2021, il convenait de maintenir ce taux.

En l'occurrence, il n'y a pas matière à s'écarter de l'appréciation du Dr E._____. L'intimée était ainsi fondée à accorder au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.

A noter que cette indemnité pourra, le cas échéant, également faire l'objet d'une réévaluation, une fois que l'état du genou de l'assuré sera à nouveau stabilisé, à la suite de la rechute annoncée.

10. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 novembre 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- 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 :