

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Pasche et M. de Goumoëns, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

S._____, à Renens, recourant, représenté par Me Christian Jaccard,
avocat à Lausanne,

et

T._____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après: l'assuré), né le 1^{er} mars 1980, dessinateur en bâtiments et en architecture de formation, travaillait en qualité d'aide-pépinieriste à Renens et était à ce titre assuré auprès de la T._____ SA (ci-après: U._____ SA) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Le 4 mars 2006, sur son lieu de travail, l'assuré s'est tordu le genou droit en voulant dégager des racines avec une bêche lors de l'arrachage de plantes. Dans une déclaration d'accident du 7 avril 2006, le Dr W._____, de la polyclinique Nord-Sud à Crissier, a posé le diagnostic d'entorse bénigne du genou droit, n'a pas constaté de lésion radiologique, a prescrit des anti-inflammatoires et a retenu une incapacité de travail totale, de durée probable jusqu'au 9 avril 2006.

b) En date du 12 avril 2006, l'assuré a fait l'objet d'une intervention au genou droit (arthroscopie), consistant en une toilette méniscale interne, en l'absence de suture vu la lésion relativement stable, par le Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Crissier. L'évolution a été favorable, sous réserve d'une gêne selon l'activité, et un traitement de physiothérapie a été prescrit. Le Dr X._____, médecin assistant du service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, a par la suite indiqué une incapacité de travail du 29 mai 2006 au 17 juillet 2006.

Par courrier du 8 juin 2006, U._____ SA a informé l'employeur de l'assuré qu'elle prenait en charge l'accident du 4 mars 2006, avec versement d'indemnités journalières et prise en charge des frais du traitement médical. Des décomptes d'indemnités journalières à 100% ont été établis.

Une IRM du genou droit a été effectuée le 21 septembre 2006 au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, mettant en évidence un aspect légèrement hétérogène de la texture

osseuse des condyles fémoraux et de la rotule associé à un discret épanchement articulaire compatible avec une algodystrophie, l'absence de lésion ligamentaire ni ostéochondrale visible et l'absence de déchirure méniscale.

Dans un rapport médical intermédiaire du 30 octobre 2006, le Dr M._____, de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande à Lausanne, a retenu des douleurs invalidantes ensuite de l'arthroscopie et une probable algoneurodystrophie, a prescrit un traitement de physiothérapie, a prévu une reprise du travail à 100% pour le 27 novembre 2006 et a évoqué un risque d'arthrose post-traumatique. Ce médecin a retenu une incapacité de travail à 100%.

Le 31 octobre 2006, le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Lausanne et médecin conseil de U._____ SA, a retenu que l'arthroscopie s'était probablement compliquée d'une algoneurodystrophie et a signalé des troubles de la sensibilité, devant selon lui s'atténuer puis disparaître. Il a retenu une incapacité actuelle de travailler et a proposé un réexamen dans un mois.

Une nouvelle IRM du genou droit a été effectuée le 1^{er} novembre 2007 au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, mettant en évidence une tendinopathie insertionnelle avec importante tuméfaction et épaissement du tendon patellaire, une chondropathie patellaire interne associée à un pli médio-patellaire et l'absence de lésion méniscale.

En date du 5 décembre 2007, le Dr R._____, médecin assistant au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV, a posé le diagnostic de tendinite rotulienne du genou droit s'étant déclarée le 8 octobre 2007, a constaté une évolution très lentement favorable avec persistance des douleurs antérieures, et n'a pas attesté de reprise du travail.

Une échographie du genou droit a été effectuée le 21 janvier 2008 par le Dr Z._____, spécialiste FMH en radiologie à la clinique des Grangettes, confirmant notamment une tendinopathie et enthésopathie rotulienne proximale caractérisée par un foyer de souffrance au pôle inférieur de la rotule.

Le 14 avril 2008, le Dr C._____, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur du CHUV, a diagnostiqué une nouvelle entorse du genou en automne 2007, une tendinopathie et antériopathie proximale et une probable algoneurodystrophie, puis a signalé des douleurs résiduelles.

c) Du 6 mai au 24 juin 2008, l'assuré a effectué un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR), lors duquel plusieurs examens (notamment physiothérapeutiques, neurographiques, radiologiques, biologiques et psychiatriques) ont été entrepris. Dans un rapport du 14 juillet 2008, les Drs D._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et E._____, médecin assistant au service de réadaptation générale, ont retenu les diagnostics de réaction dystrophique du genou droit, de tendinopathie rotulienne, de torsion du genou droit, de méniscectomie interne partielle du genou droit, et d'algodystrophie du genou droit en 2006. Relevant la persistance des douleurs au genou droit et les limitations fonctionnelles en découlant, ils ont retenu une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-pépiniériste jusqu'au 24 juillet 2008 et relevé l'utilité d'une réinsertion professionnelle, suggérant l'activité de dessinateur en bâtiments.

Le 8 août 2008, se référant notamment aux renseignements de la CRR, le Dr Q._____ a retenu que l'assuré pouvait, à compter du 1^{er} septembre 2008, rechercher une activité de dessinateur en architecture à 100%, étant donné sa formation et son expérience dans son pays d'origine.

d) Par courrier du 19 août 2008, suivant l'appréciation du Dr Q._____, U._____ SA a informé l'assuré que l'indemnité journalière

serait de 50% au 1^{er} septembre 2008 et qu'elle serait supprimée au 1^{er} octobre 2008.

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 septembre 2008, le Dr C._____ a retenu une évolution défavorable avec un genou dystrophique douloureux n'autorisant pas de charge, n'a pas formé de proposition thérapeutique et a retenu qu'une reprise du travail n'était pas envisageable.

Dans un certificat médical du 29 septembre 2008, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie articulaire et traumatologie du sport à la clinique Genolier, a signalé que l'assuré présentait des douleurs importantes et que l'IRM montrait des lésions cartilagineuses fémoro-patellaires nettes. Il a posé le diagnostic de chondropathie post-traumatique fémoro-patellaire avec tendance à la subluxation de rotule et hyper-mobilité du compartiment externe par distension du système poplité-soutien postéro-externe, puis a proposé une solution thérapeutique chirurgicale.

Une IRM du genou droit a été effectuée le 30 septembre 2008 à l'institut d'imagerie médicale de la clinique Genolier, mettant en exergue un important remaniement dégénératif de grade III du cartilage patellaire interne à l'origine d'un épanchement intra-articulaire.

Dans un rapport du 20 octobre 2008, le Dr K._____, médecin agréé du département de l'appareil locomoteur du CHUV, se référant à un examen clinique et à des pièces radiologiques et IRM, a fait part de son scepticisme quant à l'indication d'une intervention chirurgicale consistant en un peignage du tendon rotulien, le genou devant selon lui plutôt être considéré dans sa globalité. Il a estimé que l'escalade chirurgicale n'était pas recommandée.

e) Sur mandat de U._____ SA, l'assuré a été soumis à une expertise, effectuée par le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie

orthopédique à Lausanne. Dans son rapport daté du 31 octobre 2008, ce médecin a retenu les diagnostics suivants:

Douleurs antéro-externes du genou droit avec atrophie quadricipitale d'origine indéterminée.

Suspicion d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit en 2006, jamais véritablement prouvée.

Status après torsion du genou droit pied bloqué sans chute survenue le 4 mars 2006.

Status après mise en évidence d'une lésion de la corne antérieure du ménisque interne qui a été réséquée, associée à une petite synovite et un plica parapatellaire interne ainsi qu'à une chondropathie patellaire à l'arthroscopie du 12 avril 2006.

Status après apparition de fourmillements du membre inférieur droit en position assise ayant abouti à une chute sur le genou droit lorsqu'il s'est redressé par lâchage le 8 octobre 2007.

Le Dr V. _____ a ensuite exposé notamment ce qui suit:

"Pour ce qui est de la causalité naturelle entre l'événement du 04.03.2006 et la situation actuelle, sur le plan orthopédique il est très difficile là encore de se prononcer. L'absence de diagnostic précis sur l'origine de l'atrophie du quadriceps et de la tendinite ne permet pas de conclure avec certitude que cet état de fait est vraiment en relation avec l'événement du 04.03.2006. D'un autre côté, l'absence de renseignement de la part du Dr G. _____ à l'époque et qu'on ne peut plus obtenir actuellement vu le décès de ce confrère, ne nous permet pas non plus d'exclure formellement qu'il y ait eu un problème lors de l'arthroscopie et de ses suites qui pourrait expliquer les problèmes actuels.

Cette dernière remarque cependant semble peu probable puisque le patient affirme, qu'en juillet 2007, il pouvait marcher, courir et pratiquer le football sans limitation et qu'il n'avait qu'une atrophie très modérée de la cuisse droite.

C'est pourquoi on peut se poser la question si ce n'est pas l'événement du 08.10.2007 qui n'a pas redécompensé cette articulation. Le problème est que cet événement n'a pas été décrit par le Dr R. _____ qui l'avait vu à l'époque et en conséquence, il n'y a jamais eu d'interprétation médicale par rapport à cette chute.

L'autre problème est que le Dr M. _____ qui l'a suivi pendant une année est parti du CHUV, ce qui implique que le Dr R. _____ qui l'a pris en charge après lui n'a pas vraiment non plus de point de comparaison pour pouvoir décider si un nouvel événement accidentel est survenu et quelle en a été l'importance sur l'évolution de ce genou.

Pour conclure, je dirais que l'événement du 04.03.2006 ayant été bénin et l'arthroscopie du 12.04.2006 n'ayant pas mis en évidence de lésion significative, associé au fait qu'une algoneurodystrophie n'a jamais véritablement été prouvée, j'aurais plutôt tendance à admettre que cet événement initial n'a pas entraîné un problème d'aggravation durable ou déterminante et qu'un statu quo sine peut être défini. Personnellement, je le mettrai au plus tard à la dernière consultation chez le Dr M. _____ du 07.06.2007 puisqu'à ce moment-là, il n'était plus prévu de traitement et qu'une pleine capacité de travail avait été redonnée. Le fait que l'atrophie de la cuisse avait presque récupéré et surtout que le patient pouvait de nouveau faire du sport sont également des arguments pour aller dans le sens de ce statu quo sine.

Ceci implique que la reprise d'un traitement à partir du 08.10.2007 est à mettre soit sur le compte de l'assurance maladie puisqu'il s'agit le plus probablement d'une tendinite si on en croit les rapports du Dr R. _____ ou éventuellement sur le compte de l'assureur accident qui a couvert cette période, si on admet qu'il y [a] vraiment eu une nouvelle chute ce jour-là.

Compte tenu de [cet] état de fait, il est clair qu'il n'existe pas d'IPAI découlant de l'événement du 04.03.2006 puisqu'un statu quo sine a été défini.

[...]

En l'état actuel, sur le plan orthopédique, il n'y a aucune explication à cette évolution. Le status est tout à fait rassurant si ce n'est ce problème d'atrophie persistante du quadriceps dont l'origine ne peut pas être mise en évidence. Tout ce qu'on constate est que le patient a totalement perdu confiance dans son membre inférieur droit et a surtout une très fort[e] appréhension à l'utiliser. Ceci entraîne vraisemblablement un cercle vicieux qui explique la difficulté à récupérer l'atrophie du quadriceps.

Dans un tel contexte, l'idée de vouloir recentrer la rotule par une plastie du vaste interne selon Insall associé à des forages de Pridie et surtout une retention capsulaire postéro-externe me paraît inappropriée. Ni cliniquement ni radiologiquement n'est présente une impression de subluxation de la rotule du côté droit par rapport au côté gauche et il n'y a pas non plus de signe d'instabilité rotulienne. Si sur la dernière IRM, la rotule droite peut paraître très légèrement externe, il faut se rappeler que cet examen a été fait en extension du genou, sans contraction du quadriceps et que ceci est une position donc physiologique.

En conséquence, devant une telle situation il est très difficile de pouvoir définir un traitement compte tenu que l'origine de la problématique n'est pas du tout certaine. Que le patient ait une tendinite rotulienne modérée est probable, mais il est très difficile de dire si cette dernière est due à l'insuffisance du quadriceps ou si elle a provoqué cette insuffisance du quadriceps. C'est pourquoi un éventuel traitement chirurgical de peignage du tendon, s'il peut entraîner une amélioration, peut aussi donner un résultat très mauvais avec augmentation de la sidération.

En conclusion, j'aurai plutôt tendance à continuer le plus possible le traitement conservateur comme cela est actuellement fait, en encourageant le patient à poursuivre les exercices sur un vélo de fitness et à commencer à renforcer à la presse le quadriceps.

[...]

Sur le plan professionnel et orthopédiquement, il est clair qu'en l'état actuel avec l'atrophie quadricipitale que présente M. S._____, un travail d'aide paysagiste est totalement exclu. Cela est aussi vrai pour toute activité se passant essentiellement en position debout. Par contre, au vu du status local, un travail en position essentiellement assise telle que dessinateur en bâtiment devrait pouvoir être effectuable quasiment à temps complet, après un temps de réadaptation vu qu'il n'a plus eu d'horaire régulier ni fait d'effort significatif et soutenu depuis bientôt 2 ans si on excepte les quelques mois de l'été 2007.

Cependant, au vu de l'argumentation ci-dessus, un statu quo sine ayant été défini, ce problème d'incapacité professionnelle n'est plus à la charge de l'assureur ayant couvert l'événement du 04.03.2006".

B. **a)** Par décision du 5 novembre 2008, se référant à l'expertise établie par le Dr V._____, U._____ SA a retenu que le statu quo sine était atteint le 7 juin 2007, les troubles du genou droit ne relevant plus de l'accident de 2006 à compter du 7 juin 2007. U._____ SA a renoncé à revenir sur les prestations (frais médicaux et indemnités journalières) octroyées jusqu'à fin octobre 2008 et a mis un terme à son intervention à cette date.

Dans un certificat complémentaire du 3 décembre 2008, citant une bibliographie médicale, le Dr P._____ a retenu ce qui suit:

"Etant interrogé sur le lien de cause à effet entre l'accident de travail du 04.03.2006 de M. S._____ au niveau de son genou droit et la pathologie actuelle de ce genou, on peut proposer la réponse suivante:

- 1) Traumatisme du genou droit avec distension du soutien postéro-externe (système poplité) et lésion du ménisque interne.
- 2) Puis méniscectomie interne.
- 3) Puis dégradation progressive de la laxité rotatoire (majorée par la méniscectomie) avec apparition d'une subluxation de rotule par décoaptation externe (lésions cartilagineuses fémoro-patellaires), dynamique, et souffrance méniscale (d'où le genou douloureux, impossible à muscler, et apparition d'une instabilité mécanique).

Cette évolution est classique, quoique rare, dans les suites de distension du système poplité, difficile à diagnostiquer car souvent

seules les attaches péronéo-poplitées sont atteintes, avec comme seul signe une hyperrotation externe à 30° de flexion [...].

Dans ce cas, le lien de causalité entre l'accident et la pathologie actuelle est donc certain.

La solution est chirurgicale:

- Retension du soutien postéro-externe (plastie du poplité).
- Section de l'aileron externe et plastie d'Insall modifiée pour la subluxation dynamique.
- Chondroplastie type Pridie pour les lésions cartilagineuses patellaires".

b) En date du 8 décembre 2008, par son mandataire, l'assuré a fait opposition, concluant à la prise en charge des traitements médicaux et au versement des indemnités journalières dès le 1^{er} novembre 2008, subsidiairement au renvoi du dossier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise et nouvelle décision. Se prévalant notamment de l'avis du Dr P._____, il a contesté les conclusions de l'expertise du Dr V._____.

c) Par décision sur opposition du 22 janvier 2009, U._____ SA a confirmé son refus de verser des prestations après le 30 octobre 2008, en l'absence d'un lien de causalité au moins probable entre les troubles présentés par l'assuré à partir du 8 octobre 2007 et l'accident du 4 mars 2006, le statu quo sine ayant été atteint au 7 juin 2007. Elle a exposé qu'il fallait accorder pleine force probante à l'avis du Dr V._____, qui s'était exprimé en connaissance des pièces antérieures versées au dossier, y compris les rapports du Dr P._____.

C. **a)** Par acte du 20 février 2009 de son mandataire, S._____ a recouru au Tribunal cantonal et conclu, sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision sur opposition du 22 janvier 2009 en ce sens que U._____ SA est tenue de prendre à sa charge, le cas échéant de rembourser, tous les traitements médicaux ainsi que les indemnités journalières contractuellement dues dès le 1^{er} novembre 2008, en relation avec l'accident du 8 octobre 2007. Le recourant sollicite l'audition du Dr P._____ en qualité de témoin et, en tant que de besoin, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise; il demande d'ores et déjà un deuxième échange d'écritures. Se référant à une décision du 4 février 2009 du

bureau de l'assistance judiciaire avec effet au 23 janvier 2009, il demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le recourant se plaint d'une violation du droit d'être entendu, du fait que l'intimée se fonde sur les opinions de son propre médecin-conseil ainsi que d'un expert qu'elle a choisi et écarte les avis d'autres médecins sans explication; en outre, elle a écarté sans motivation la conclusion visant à ordonner une nouvelle expertise. Le recourant se plaint d'une appréciation arbitraire des preuves; il critique l'expertise du Dr V. _____ et se réfère à d'autres avis médicaux au dossier, en relation avec un nouvel accident du 8 octobre 2007, qu'il qualifie de rechute. La décision attaquée serait également arbitraire, dès lors que le Dr V. _____, dont l'expertise serait contradictoire et présenterait de nombreuses lacunes, conclut que le lien de causalité naturelle n'est pas certain, alors que le Dr P. _____ tient ce lien de causalité pour certain. Le recourant relève que ce médecin-ci, spécialiste en la matière, a préconisé une opération pour traiter sa pathologie, relativement rare.

b) Dans sa réponse du 26 mars 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. Elle relève que les faits ne sont apparemment pas contestés par le recourant et que la problématique est essentiellement médicale, raison pour laquelle un mandat d'expertise a été confié au Dr V. _____. Le recourant en a été informé par courrier du 2 septembre 2008 avec un délai pour formuler des objections quant au choix de l'expert et pour poser des questions complémentaires, ce qu'il n'a pas fait. Le rapport d'expertise tient compte de toutes les pièces médicales dont le recourant fait état et précise pour quel motif il retient ou s'écarte de tel ou tel avis médical. Si le Dr V. _____ n'exclut pas, dans un premier temps, un rapport de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 4 mars 2006, il arrive néanmoins, après une explication convaincante, à la conclusion qu'un statu quo sine peut être défini, donc qu'il n'existe plus de causalité naturelle. L'intimée ajoute que si le Dr P. _____ doit être entendu comme témoin, il faut aussi entendre le Dr V. _____ comme témoin.

c) Par courrier du 30 mars 2009, le juge instructeur a proposé d'interroger le Dr P._____ ainsi que le Dr V._____, ce dernier devant notamment se déterminer au sujet du certificat médical complémentaire du 3 décembre 2008 du Dr P._____. Ce faisant, le juge instructeur a invité les parties à lui faire parvenir les questions à poser à ces médecins.

d) Le 26 juin 2009, le Dr P._____ a répondu aux questionnaires des parties. Relevant en particulier que la conclusion du Dr V._____ n'était pas fondée scientifiquement et médicalement, il a expliqué que l'accident avait provoqué une lésion du soutien postéro-externe du genou, aggravant la tendance à la subluxation externe de la rotule par hyper-rotation externe du tibia, la chondropathie rotulienne étant immédiate lors du choc ou secondaire; il s'est référé à plusieurs références de doctrine médicale. Le Dr P._____ a déposé un compte rendu opératoire, faisant état d'une intervention effectuée le 4 mars 2009, consistant en une chondroplastie par shaving, ré-axation du système extenseur selon la technique d'Insall modifiée, plastie du poplité. Il a indiqué que l'évolution était favorable, compte tenu du délai et du très long délai d'handicap pré-opératoire.

e) Le 26 juin 2009 également, le Dr V._____ a répondu aux questionnaires des parties. Il a exposé qu'il n'y avait aucune preuve que la chondropathie diagnostiquée par le Dr P._____, si elle était vraiment présente, était due à l'accident du 4 mars 2006; il n'y avait pas non plus de preuve véritable d'une subluxation rotulienne, de sorte que la causalité naturelle pour cette pathologie n'était que possible. Il n'y avait pas de preuve que le patient ait véritablement eu à un moment quelconque une atteinte du tendon poplité ou de la capsule articulaire postéro-externe. Les IRM n'avaient jamais mis en évidence une lésion dont l'origine traumatique soit vraisemblable. Ce n'était pas la présence d'une pathologie qui était remise en question, mais son origine et un éventuel lien de causalité avec l'événement accidentel de 2006. La relation de causalité naturelle entre les lésions constatées et l'événement du 4 mars 2006 n'était que possible, soit à une probabilité inférieure à 50%. Dans l'hypothèse où l'opération effectuée par le Dr P._____ serait couronnée

de succès, le Dr V._____ a précisé que ses conclusions n'en seraient pas modifiées. Enfin, le Dr V._____ a résumé les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par ses confrères devaient selon lui être écartés.

f) Dans ses déterminations du 28 août 2009, le recourant relève en premier lieu que le Dr P._____, qui l'a examiné à plusieurs reprises, disposait de l'intégralité du dossier et que le Dr V._____, qui n'a vu l'assuré qu'à une ou deux reprises, ne l'a rencontré que le 3 octobre 2008, soit postérieurement à son confrère. Contestant les arguments du Dr V._____, il soutient que c'est précisément parce que l'accident du 4 mars 2006 a entraîné une amyotrophie (ou atrophie musculaire) que l'on voit mal quelle autre cause que cet accident pourrait expliquer la chondropathie révélée. Il explique qu'il faisait beaucoup de sport avant le premier accident du 4 mars 2006, mais qu'il n'a jamais été question pour lui d'être en mesure de faire ne serait-ce que de la course à pied entre les deux accidents. Pour le surplus, le recourant relève que le Dr V._____ persiste à prétendre que l'origine traumatique de la lésion subie par le recourant n'est pas vraisemblable, ce que contredisent les autres médecins consultés, notamment le Dr R._____, selon lequel il s'agit d'une rechute.

Le recourant relève que l'avis du Dr V._____ au sujet de la causalité adéquate ne permet pas, d'un point de vue scientifique, de chiffrer la probabilité d'un événement et rappelle que, de l'avis du Dr P._____, la conclusion du Dr V._____ n'est pas fondée scientifiquement et médicalement parlant. Pour le surplus, le recourant renvoie aux réponses apportées par le Dr P._____, admettant notamment la certitude du lien de causalité naturelle entre l'accident de 2006 et la pathologie dont il souffre et soulignant en particulier que les constatations opératoires effectuées le 4 mars 2009 ont confirmé les lésions cartilagineuses observées. Il soutient que la meilleure preuve du bien-fondé de l'opinion de ce médecin réside dans le succès de l'opération subie le 4 mars 2009, dès lors qu'il pouvait moins de trois mois plus tard commencer à marcher sans l'aide de béquilles et que sa jambe retrouvait tonus et volume musculaire.

g) Dans ses déterminations du 28 août 2009, l'intimée relève que toutes les conclusions du Dr P. _____ résultent du fait que l'accident a provoqué une lésion du soutien postéro-externe du genou, aggravant la tendance à la subluxation externe de la rotule. Elle ajoute que ce médecin, qui n'a vu le patient pour la première fois que deux ans et demi après l'accident du 4 mars 2006, est le seul chirurgien orthopédiste ayant examiné l'assuré à mettre en évidence cette laxité, laquelle n'est, selon ce dernier, pas évidente à diagnostiquer. Dès lors, l'intimée doute du diagnostic posé par le Dr P. _____ - lequel fonde toutes ses conclusions, dont le lien de causalité avec l'accident - et s'en remet à l'avis du Dr V. _____ selon lequel il n'y a pas de preuve certaine que l'assuré ait véritablement eu à un moment quelconque une atteinte du tendon poplité ou de la capsule articulaire postéro-externe, de sorte que les troubles du genou droit apparus au-delà du 7 juin 2007, au degré de la vraisemblance prépondérante, ne sont pas en lien de causalité, au moins probable, avec l'accident du 4 mars 2006. L'intimée maintient par conséquent ses conclusions.

h) Par courrier du 15 janvier 2010, le juge instructeur a fait part de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique judiciaire et a invité les parties à proposer des noms d'experts et à déposer un questionnaire à leur soumettre. Les parties se sont déterminées à ce sujet.

Dans un certificat médical du 21 janvier 2010, le Dr P. _____ a fait état d'une incapacité de travail de 50%, ayant débuté le 1^{er} février 2010 pour une durée probable d'un mois.

Le 9 février 2010, le juge instructeur a désigné le Dr B. _____, médecin chef de la clinique de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital cantonal de Bruderholz (BL) en qualité d'expert. Assisté du Dr A. _____, médecin assistant, ce spécialiste a rendu son rapport d'expertise en allemand le 29 novembre 2010, lequel a été traduit en français, sur demande du juge instructeur et

sur proposition du recourant, par un bureau indépendant dans un rapport signé le 10 mars 2011. Les parties ont reçu copie de l'expertise, dans sa version française et dans sa version allemande.

i) Dans leur expertise, les Drs B._____ et A._____ ont posé les diagnostics suivants:

"Status après arthroscopie chondroplastique de la rotule au shaver, correction ouverte de l'appareil extenseur d'après la technique d'Insall modifiée et plastie du tendon poplité par augmentation du fascia lata au genou droit, réalisées par le Prof. P._____ [...] le 04.03.2009 pour le traitement d'une

lésion du cartilage rétropatellaire et d'une hypermobilité du compartiment latéral du genou droit, avec

status après arthroscopie du genou droit avec toilette méniscale interne effectuée le 12.04.2006 par le Dr G._____, avec

status après entorse du genou du 04.03.2006 avec lésion traumatique du système postérolatéral".

Répondant aux questions de l'intimée, les experts retiennent que les troubles présentés par l'assuré sont imputables avec certitude ("sicher") à l'accident du 4 mars 2006, cette conviction étant étayée par le fait que l'assuré a tiré le plus grand profit de l'opération réalisée par le Dr P._____. Aucun facteur étranger à l'accident n'a influencé le cours de la guérison; l'algodystrophie apparue après l'opération de ce médecin est d'origine post-opératoire ou post-traumatique et est donc clairement, elle aussi, en relation avec l'accident du 4 mars 2006. Un statu quo ante vel sine n'a jamais été atteint, ni le 7 juin 2007 comme le postule le Dr V._____ ni à l'heure actuelle, étant donné notamment que l'assuré a présenté des oedèmes articulaires et qu'il souffre de troubles résiduels. L'état actuel ne peut être amélioré par aucun traitement ou mesure médicale; il y a tout lieu de supposer que les plaintes résiduelles affectant l'assuré persisteront dans leur ampleur, un état stable étant atteint. S'agissant de la capacité de travail, l'assuré travaille actuellement à 100% dans une activité de dessinateur en bâtiment, depuis avril 2010, dans des conditions idéales pour lui compte tenu des plaintes résiduelles, lesquelles ne permettraient pas une activité à 100% dans l'activité d'aide-paysagiste. Rien n'indique que le taux actuel de l'atteinte est influencé par les

séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente. Relevant ne pas avoir connaissance de l'état clinique du patient avant l'opération effectuée le 4 mars 2009 par le Dr P._____, les experts précisent néanmoins être en mesure d'évaluer rétrospectivement l'évolution du cas.

Répondant à la question du tribunal au sujet des avis opposés du Dr V._____ et du Dr P._____, les experts constatent que le résultat de l'opération du 4 mars 2009 effectuée par le Dr P._____ est très bon par rapport à l'état antérieur de l'assuré et partagent l'avis de ce médecin, qui est selon eux un spécialiste confirmé de la laxité postérolatérale, dont le diagnostic, essentiellement clinique, ne peut que difficilement être posé sur la base d'une IRM pour des raisons techniques. L'examen des experts fait apparaître une hyperrotation externe encore minime de 30 degrés de flexion, ce qui indique une lésion du système poplité, et est compatible avec une laxité postérolatérale résiduelle avec status après stabilisation. S'écartant de l'avis du Dr V._____, ils relèvent notamment que la lésion du cartilage apparaît dans l'arthroscopie du Dr P._____ et est documentée sur les photographies figurant au dossier, de sorte qu'ils rejoignent l'avis de ce médecin. Au sujet de la technique d'IRM, ils relèvent que la subluxation ne peut pas être exclue sur la base de clichés tangentiels, sans qu'il ne soit possible de documenter clairement une subluxation de la rotule. Au sujet des constatations du Dr G._____, ils notent que la lésion, quelle qu'en soit l'étiologie exacte, est en relation de causalité avec l'accident du 4 mars 2006 du fait même de sa progression post-traumatique. Concernant l'avis du Dr V._____ selon lequel le mécanisme du trauma est atypique pour une telle lésion, en l'absence d'indication précise au sujet du mouvement rotatoire du genou lors de l'accident, ils considèrent comme très probable que le trauma a été adéquat, puis tiennent notamment comme très improbable qu'une amélioration spontanée intervienne au terme d'une si longue évolution et qu'il est improbable que le traitement postopératoire ait à lui seul causé l'amélioration, au vu de la longue durée d'application des mesures conservatrices. A la fin de leur rapport, les experts indiquent une liste de références de doctrine médicale.

j) Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 29 novembre 2010. En date du 4 avril 2011, le recourant a relevé qu'il n'avait pas de remarques ou d'observations particulières à formuler.

Dans ses observations du 6 avril 2011, l'intimée a contesté les conclusions de l'expertise judiciaire, relevant que l'événement de mars 2006 est un traumatisme tout à fait banal, tout comme le diagnostic retenu d'entorse bénigne du genou droit, et ajoutant que les lésions constatées par le Dr G._____ sont peu importantes. En outre, l'intimée remet en cause les constatations du Dr P._____ et l'appréciation médicale de l'expert judiciaire, relevant notamment que la laxité bilatérale n'est pas une notion traumatique mais plutôt constitutionnelle et que le succès de l'opération effectuée par le Dr P._____ ne permet pas de se prononcer sur la rapport de causalité, notamment de par l'effet placebo. Elle propose d'interpeller à nouveau le Dr Q._____ et se réfère à ses précédentes écritures, dont elle confirme les conclusions.

k) Le 8 avril 2011, les parties ont été informées par le juge instructeur que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le

surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Se prévalant de son droit d'être entendu, le recourant fait valoir que la décision attaquée n'est pas suffisamment motivée. Il convient d'examiner cette question à titre préalable.

a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; 125 II 369 consid. 2c; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir

d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les autres références citées).

b) En l'espèce, la décision attaquée de l'intimée se réfère pour l'essentiel à l'appréciation médicale de son médecin conseil, le Dr Q._____, et à celle du Dr V._____, pour en déduire l'absence d'un lien de causalité au moins probable entre l'accident du 4 mars 2006 et les troubles présentés par l'assuré à partir du 8 octobre 2007. L'intimée se réfère à un état de fait complet et relève que l'expertise du Dr V._____, répondant aux critères en matière de valeur probante, permet d'écarter l'avis du Dr P._____; on déduit de cette argumentation que la cause, suffisamment instruite, ne nécessite pas d'autres mesures d'instruction sur le plan médical.

Dès lors, la décision attaquée est suffisamment motivée et permet en particulier de comprendre les raisons pour lesquelles, selon l'intimée, les prestations ne doivent plus être allouées à l'assuré dès le 1^{er} novembre 2008. Au demeurant, il n'appartient pas à l'intimée de traiter explicitement tous les arguments présentés par l'assuré, soit de se prononcer sur tous les avis médicaux au dossier, mais uniquement d'exposer en quoi sa décision du 5 novembre 2008 devait être maintenue et l'opposition rejetée. Assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a en outre pu saisir la portée de la motivation de la décision attaquée et faire valoir ses droits en toute connaissance de cause; pour s'en convaincre, il suffit de se référer aux motifs figurant à l'appui de son recours (en ce sens: TF 2P.102/2002 du 4 novembre 2002 consid. 2.4 et les références citées).

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou

qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., no 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution

qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 4).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin

que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 251 consid. 3a et les références citées; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Celant étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations d'assurance suite à l'accident survenu le 4 mars 2006, l'intimée ayant mis fin au versement des prestations à compter du 1^{er} novembre 2008. Au vu du dossier et des arguments présentés par les parties, il convient d'examiner la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés par l'assuré à partir du 8 octobre 2007.

a) Le recourant a été victime d'une torsion du genou droit sur son lieu de travail le 4 mars 2006, ayant occasionné une entorse bénigne, en l'absence de lésion radiologique (déclaration d'accident du 7 avril 2006 du Dr W. _____). Compte tenu de la persistance des douleurs et de limitations importantes au niveau de l'articulation du genou droit, de nombreux examens (en particulier IRM) ont été entrepris et plusieurs spécialistes ont été consultés.

Le 8 août 2008, se référant notamment au séjour effectué par l'assuré à la CRR - lors duquel ont été posés les diagnostics de réaction dystrophique du genou droit, de tendinopathie rotulienne, de torsion du genou droit, de méniscectomie interne partielle du genou droit et d'algodystrophie du genou droit en 2006 (rapport du 14 juillet 2008 des Drs D._____ et E._____) -, le médecin conseil de l'intimée, le Dr Q._____, a retenu que l'assuré pouvait, à compter du 1^{er} septembre 2008, rechercher une activité de dessinateur en architecture à 100%, étant donné sa formation et son expérience dans son pays d'origine.

Dans son expertise datée du 31 octobre 2008, réalisée sur mandat de l'intimée, le Dr V._____ a posé les diagnostics de douleurs antéro-externes du genou droit avec atrophie quadricipitale d'origine indéterminée, suspicion d'algoneurodystrophie du membre inférieur droit en 2006, jamais véritablement prouvée, de status après torsion du genou droit pied bloqué sans chute survenue le 4 mars 2006, de status après mise en évidence d'une lésion de la corne antérieure du ménisque interne qui a été réséquée, associée à une petite synovite et un plica parapatellaire interne ainsi qu'à une chondropathie patellaire à l'arthroscopie du 12 avril 2006 et de status après apparition de fourmillements du membre inférieur droit en position assise ayant abouti à une chute sur le genou droit lorsqu'il s'est redressé par lâchage le 8 octobre 2007. S'agissant du lien de causalité naturelle entre l'événement du 4 mars 2006, considéré comme bénin, et les troubles de l'assuré, ce médecin a retenu que l'absence de diagnostic précis sur l'origine de l'atrophie du quadriceps et de la tendinite ne permettait pas de conclure avec certitude que cet état de fait était vraiment en relation avec cet événement. Le Dr V._____ a ajouté qu'une arthroscopie n'avait pas mis en évidence de lésion significative et qu'une algoneurodystrophie n'avait jamais véritablement été prouvée, de sorte qu'un statu quo sine pouvait être défini au 7 juin 2007. Il a précisé n'avoir aucune explication à l'évolution sur le plan orthopédique, a écarté l'indication d'un traitement chirurgical de peignage du tendon, préconisant la poursuite d'un traitement conservateur, puis a relevé que l'assuré pouvait travailler dans une activité adaptée.

Dans un certificat du 3 décembre 2008, le Dr P._____ a retenu les atteintes de traumatisme du genou droit avec distension du soutien postéro-externe (système poplité) et lésion du ménisque interne, de méniscectomie interne et de dégradation progressive de la laxité rotatoire (majorée par la méniscectomie) avec apparition d'une subluxation de rotule par décoaptation externe (lésions cartilagineuses fémoro-patellaires), dynamique, et souffrance méniscale (d'où le genou douloureux, impossible à muscler, et apparition d'une instabilité mécanique). Il a retenu que cette évolution était classique, rare et difficile à diagnostiquer, de sorte que l'existence d'un lien de causalité naturelle était certaine, puis a proposé une solution chirurgicale consistant en une retension du soutien postéro-externe (plastie du poplité), une section de l'aileron externe et plastie d'Insall modifiée pour la subluxation dynamique, et une chondroplastie type Pridie pour les lésions cartilagineuses patellaires.

Le 26 juin 2009, le Dr P._____ a relevé en particulier que la conclusion du Dr V._____ n'était pas fondée médicalement et a expliqué que l'accident avait provoqué une lésion du soutien postéro-externe du genou, aggravant la tendance à la subluxation externe de la rotule par hyper-rotation externe du tibia, la chondropathie rotulienne étant immédiate lors du choc ou secondaire. Ce médecin a effectué une intervention le 4 mars 2009, consistant en une chondroplastie par shaving, ré-axation du système extenseur selon la technique d'Insall modifiée, plastie du poplité; l'évolution a été décrite comme étant favorable.

Le 26 juin 2009 également, le Dr V._____ a exposé qu'il n'y avait aucune preuve que la chondropathie diagnostiquée par le Dr P._____, si elle était vraiment présente, était due à l'accident du 4 mars 2006; il n'y avait pas non plus de preuve véritable d'une subluxation rotulienne, de sorte que la causalité naturelle pour cette pathologie n'était que possible. Il n'y avait pas de preuve que le patient ait véritablement eu à un moment quelconque une atteinte du tendon poplité ou de la capsule articulaire postéro-externe. Les IRM n'avaient jamais mis en évidence une

lésion dont l'origine traumatique soit vraisemblable. Ce n'était pas la présence d'une pathologie qui était remise en question, mais son origine et un éventuel lien de causalité avec l'événement accidentel de 2006. Le Dr V._____ a pour le surplus résumé les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par ses confrères devaient selon lui être écartés.

Dans leur expertise du 29 novembre 2010, les Drs B._____ et A._____ ont posé les diagnostics de status après arthroscopie chondroplastique de la rotule au shaver, correction ouverte de l'appareil extenseur d'après la technique d'Insall modifiée et plastie du tendon poplité par augmentation du fascia lata au genou droit, réalisées par le Dr P._____ le 4 mars 2009 pour le traitement d'une lésion du cartilage rétropatellaire et d'une hypermobilité du compartiment latéral du genou droit, avec status après arthroscopie du genou droit avec toilette méniscale interne effectuée le 12 avril 2006 par le Dr G._____ avec status après entorse du genou du 4 mars 2006 avec lésion traumatique du système postérolatéral. Dans leur appréciation du cas, les experts ont retenu que les troubles présentés par l'assuré étaient imputables avec certitude à l'accident du 4 mars 2006, relevant notamment qu'aucun facteur étranger à l'accident n'avait influencé le cours de la guérison, de sorte qu'un statu quo ante vel sine n'avait jamais été atteint. Lors de leur examen, les experts ont constaté une hyperrotation externe encore minime de 30 degrés de flexion, ce qui indiquait une lésion du système poplité et était compatible avec une laxité postérolatérale résiduelle avec status après stabilisation. S'écartant de l'avis du Dr V._____, ils ont relevé notamment que la lésion du cartilage apparaissait dans l'arthroscopie effectuée par le Dr P._____ et était documentée, de sorte que la lésion, quelle qu'en soit l'étiologie exacte, est en relation de causalité avec l'accident du 4 mars 2006.

b) L'expertise judiciaire réalisée par les Drs B._____ et A._____ permet de se prononcer en toute connaissance de cause sur les suites de l'accident du 4 mars 2006, sur les troubles en résultant et sur les propositions thérapeutiques. Elle permet en outre, de façon convaincante ainsi que conformément aux demandes des parties et du juge instructeur,

de prendre position sur la controverse médicale entre l'avis du Dr V._____, mandaté comme expert par l'intimée, et celui du Dr P._____, consulté par l'assuré.

Les experts judiciaires sont d'avis que les troubles affectant le genou droit de l'assuré sont imputables avec certitude ("sicher") à l'accident du 3 mars 2006. En premier lieu, pour justifier leur position, ils se réfèrent au succès de l'opération chirurgicale pratiquée le 4 mars 2009 par le Dr P._____, signalant un très bon résultat par rapport à l'état antérieur. Ce dernier a en effet mentionné une évolution favorable suite à cette intervention (rapport du 26 juin 2009). Quand bien même un effet placebo ne saurait être exclu, ce dont se prévaut l'intimée en se référant à l'avis du Dr V._____, on ne voit pas de raisons de douter, sur le plan médical, de cet argument cité par les experts judiciaires. Ces derniers ajoutent qu'aucun facteur étranger à l'accident n'a influencé le cours de la guérison, relevant que l'algodystrophie apparue après l'opération du Dr P._____ est d'origine post-opératoire ou post-traumatique et est donc clairement, elle aussi, en relation avec l'accident du 4 mars 2006, de sorte qu'un statu quo ante vel sine n'a jamais été atteint, étant donné notamment que l'assuré a présenté des oedèmes articulaires et qu'il souffre de troubles résiduels. Ils précisent plus loin que rien n'indique que le taux actuel de l'atteinte est influencé par les séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente.

De façon convaincante, les experts judiciaires relèvent ensuite que l'état actuel de l'assuré ne peut être amélioré par aucun traitement ou mesure médicale, relevant la forte probabilité que les plaintes résiduelles affectant l'assuré persisteront dans leur ampleur, un état stable étant atteint. Concernant la capacité de travail, ils relèvent que l'assuré travaille actuellement à 100% dans une activité de dessinateur en bâtiment, depuis avril 2010, dans des conditions idéales pour lui compte tenu des plaintes résiduelles, lesquelles ne permettraient pas une activité à 100% dans l'activité d'aide-paysagiste. Relevant ne pas avoir connaissance de l'état clinique du patient avant l'opération effectuée le 4 mars 2009 par le Dr P._____, les experts judiciaires précisent néanmoins être en mesure

d'évaluer rétrospectivement l'évolution du cas. Sur ce point, les experts judiciaires expriment clairement qu'ils sont à même de se prononcer sur l'état du patient, de sorte que leur avis peut être suivi, quoi qu'en pense l'intimée.

Les experts judiciaires précisent partager l'avis du Dr P._____, selon eux considéré comme un spécialiste confirmé de la laxité postérolatérale, dont le diagnostic, essentiellement clinique, ne peut que difficilement être posé sur la base d'une IRM. Lors de leur examen, les experts judiciaires ont constaté une hyperrotation externe encore minime de 30 degrés de flexion, indiquant une lésion du système poplité, compatible avec une laxité postérolatérale résiduelle avec status après stabilisation. S'écartant de l'avis du Dr V._____, ils relèvent notamment que la lésion du cartilage apparaît dans l'arthroscopie effectuée par le Dr P._____ et ressort des pièces figurant au dossier, de sorte que la lésion, quelle qu'en soit l'étiologie exacte, est en relation de causalité avec l'accident du 4 mars 2006 du fait même de sa progression post-traumatique. Ces explications, convaincantes et en l'absence d'arguments pertinents permettant de les infirmer, doivent être retenues. Si la chondropathie fémoro-patellaire était déjà présente lors de l'arthroscopie du 12 avril 2006 et n'a pas évolué jusqu'à l'intervention du 4 mars 2009 effectuée par le Dr P._____, on ne voit pas en quoi il s'agirait nécessairement d'une lésion dégénérative, soit ne résultant pas de l'accident du 4 mars 2006. A cela s'ajoute que cet argument, formulé par l'intimée, ne découle pas d'un avis médical.

c) Il est vrai que plusieurs spécialistes se sont penchés sur la problématique de l'assuré sans pouvoir mettre en évidence de diagnostic clair permettant de justifier les douleurs ressenties par ce dernier. On relèvera toutefois que, selon les experts judiciaires, le diagnostic retenu par le Dr P._____ - soit une chondropathie rotulienne - requiert une grande expérience aussi bien clinique que des techniques d'examen et n'est pas directement décelable à l'IRM. Les experts judiciaires ont du reste rejoint dans son intégralité l'avis de ce médecin, considéré selon eux comme un spécialiste de la laxité postérolatérale. Le Dr P._____ est

donc réputé disposer, au degré de vraisemblance prépondérante, de connaissances médicales pointues lui permettant de façon convaincante, et contrairement à plusieurs de ses confrères, de déceler les atteintes au genou droit puis de se prononcer quant à leur origine. Dans ces conditions, on s'écartera de l'avis du Dr V._____, selon lequel il n'y a pas de preuve certaine que l'assuré ait véritablement eu à un moment quelconque une atteinte du tendon poplité ou de la capsule articulaire postéro-externe.

L'événement accidentel survenu le 4 mars 2006, que l'on peut en soi - comme le fait l'intimée - qualifier de banal, n'a certes entraîné dans ses suites immédiates que le diagnostic d'entorse bénigne du genou droit, en l'absence de lésion radiologique (déclaration d'accident du 7 avril 2006 du Dr W._____) et n'a dans un premier temps pas provoqué d'incapacité de travail. Compte tenu également des constatations du Dr G._____, qui n'a pas décelé de lésions particulièrement graves, on ne saurait cependant, comme semble le faire l'intimée, considérer que ces circonstances permettent à elles seules de remettre en cause l'appréciation des experts judiciaires et, partant, de nier l'existence d'un lien de causalité entre l'accident subi par l'assuré et ses troubles au genou droit. Les experts ont par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles ils se distançaient de l'avis du Dr G._____ (expertise, p. 25-26). Quant à l'assertion de l'intimée selon laquelle le recourant a pu reprendre la pratique du football, bien que ressortant de l'expertise du Dr V._____, elle semble erronée. En effet, dans ses observations du 28 août 2009, le recourant a expliqué qu'il faisait beaucoup de sport avant le premier accident du 4 mars 2006, mais qu'il n'a jamais été question pour lui d'être en mesure de faire ne serait-ce que de la course à pied entre les deux accidents (soit jusqu'à sa chute survenue le 8 octobre 2007), se référant à un malentendu avec le Dr V._____. Quoi qu'il en soit, le seul fait que l'assuré ait pu reprendre une activité sportive après son premier accident sans ressentir de douleurs, ce qui est douteux au vu des remarques des experts et n'est en tout cas pas démontré au vu du dossier, ne permet pas de faire fi des conclusions des experts judiciaires et du Dr P._____.

De façon précise et motivée, les experts judiciaires expliquent pourquoi l'avis du Dr V. _____ selon lequel le mécanisme du trauma est atypique pour une telle lésion ne peut être retenu. Relevant l'absence d'indication précise au sujet du mouvement rotatoire du genou lors de l'accident, ils considèrent comme très probable que le trauma a été adéquat, puis tiennent notamment comme très improbable qu'une amélioration spontanée intervienne au terme d'une si longue évolution et qu'il est improbable que le traitement postopératoire ait à lui seul causé l'amélioration, au vu de la longue durée d'application des mesures conservatrices.

d) Pour le surplus, l'expertise établie par les Drs B. _____ et A. _____ se fonde sur une anamnèse complète et détaillée, se base sur les nombreuses pièces au dossier, tient compte des examens effectués (notamment des radiographies et IRM pratiqués au genou droit) et des plaintes de l'assuré puis se base sur un examen orthopédique et du genou droit minutieusement décrits. Au terme d'une appréciation médicale claire et exempte de contradictions, les experts judiciaires se basent ensuite sur des conclusions dûment étayées, répondant notamment aux questions posées au sujet des diagnostics et de la causalité naturelle, puis prenant position au sujet des différents avis médicaux versés au dossier. L'expertise judiciaire satisfait donc aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra donc l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 4 mars 2006 et les troubles présentés par l'assuré au genou droit.

S'agissant d'une affection purement somatique, soit liée au genou droit, en l'absence de toute lésion psychique au vu des pièces figurant au dossier, l'existence d'un lien de causalité adéquate est aussi admise.

5. Partant, le recours doit être admis. La décision sur opposition du 22 janvier 2009 doit donc être réformée en ce sens que l'intimée doit continuer d'allouer ses prestations après le 30 octobre 2008 pour les suites de l'événement du 4 mars 2006, telles que constatées dans le

rapport d'expertise judiciaire du 29 novembre 2010 établi par les Drs B. _____ et A. _____.

La cause étant suffisamment instruite et permettant de trancher le litige, il n'y a pas lieu de procéder encore à de nouvelles investigations du point de vue médical, malgré la proposition en ce sens formée par l'intimée.

6. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens de la part de l'intimée (art. 61 let. g LPGA), qui, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, doivent être fixés à 6'500 fr. Vu l'octroi des pleins dépens et la solvabilité notoire de l'intimée, il n'y a pas lieu d'octroyer au conseil d'office du recourant une indemnité à la charge de l'assistance judiciaire (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 22 janvier 2009 par l'intimée T. _____ SA est réformée dans le sens que cet assureur doit continuer d'allouer ses prestations après le 30 octobre 2008 pour les suites de l'événement du 4 mars 2006, telles que constatées dans le rapport d'expertise judiciaire du 29 novembre 2010.

III. L'intimée T._____ SA versera au recourant S._____ une indemnité de 6'500 fr. (six mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Jaccard, avocat à Lausanne (pour S._____)
- T._____ SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :