

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mars 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

Z. _____, à Crissier, recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, Service juridique, à Lausanne,

et

LA CAISSE VAUDOISE, à Martigny, intimée.

Art. 4 LPG; 6 al. 1 et 36 LAA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, est employé auprès du Service de l'emploi de l'Etat de Vaud en qualité de conseiller en personnel au sein de l'Office régional de placement de l'ouest lausannois. A ce titre, il est assuré contre les accidents par la Caisse Vaudoise (ci-après également: la caisse).

Selon la déclaration d'accident-bagatelle du 13 mars 2008, l'assuré a trébuché le 17 février 2008 vers 15h00 dans les escaliers à son domicile et s'est fait mal au genou gauche en se rattrapant.

Le 25 février 2008, l'assuré a consulté pour les premiers soins le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation.

Le Dr R._____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué le 28 février 2008 une IRM du genou gauche de l'assuré. Dans son rapport du même jour au Dr C._____, le Dr R._____ a relevé ce qui suit:

"Description:

Examen de qualité sous-optimale en raison de nombreux artéfacts de mouvements consécutifs à une toux. Il n'y a actuellement pas d'épanchement intra-articulaire du genou gauche, mais on constate un kyste synovial de Baker mesurant environ 5 cm de hauteur et 1,3 cm d'épaisseur.

Le ligament collatéral externe est d'aspect normal. La partie antérieure de l'insertion fémorale du ligament collatéral interne est légèrement tuméfiée, et présente des altérations de signal évoquant une lésion de grade I. Le LCP est d'aspect normal. Le LCA est continu, et me paraît également intact.

Les cornes antérieure et postérieure du ménisque externe contiennent des lésions de grade II. La corne antérieure du ménisque interne contient une lésion de grade II. Sa corne postérieure contient un hypersignal T2 horizontal et étendu qui me paraît venir au contact de son bord inférieur et évoque une probable déchirure. Il n'y a pas de signe de luxation en anse de seau.

Présence d'une gonarthrose tricompartmentale qui prédomine sur les compartiments fémoro-tibial et fémoro-patellaire, avec une ostéophytose du condyle fémoral interne et une zone d'oedème sous-chondrale sur la surface patellaire externe.

Conclusion:

Lésion de grade I du LLI.

Probable déchirure de la corne postérieure du ménisque interne.

Gonarthrose tricompartmentale prédominant sur les compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire.

Kyste synovial de Baker."

Dans la feuille pour le médecin LAA complétée le 29 février 2008 par le Dr C._____, ce dernier a noté s'agissant de la partie du corps atteinte et de la nature de la lésion: "Genou G, probable ménisque".

Dans son rapport médical initial LAA à la Caisse Vaudoise du 20 mars 2008, le Dr C._____ a posé le diagnostic d'entorse bénigne LLI, au décours, et a prescrit un traitement de physiothérapie. Il a constaté que le genou gauche était sec et stable, avec douleurs du compartiment interne à la palpation. Il a précisé que son patient ne présentait pas d'incapacité de travail et que le traitement était terminé depuis le 29 février 2008.

Dans le questionnaire qu'il a adressé le 20 mars 2008 à la Caisse Vaudoise, l'assuré indiquait avoir ressenti sur le moment et tout de suite après l'événement du 17 février 2008 des douleurs au genou gauche et notait que le traitement médical était terminé mais qu'il poursuivait les séances de physiothérapie.

Le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré à sa consultation du 24 juin 2008. Dans un rapport du 26 juin 2008 au Dr N._____, médecin généraliste traitant, le Dr X._____ a relevé qu'en ce qui concernait le genou, il n'y avait pas d'épanchement; le genou était stable dans tous les plans et lorsqu'on testait les ménisques, on déclenchait une douleur du compartiment interne sans déclic. Il observait en outre ce qui suit:

"DOSSIER RADIOLOGIQUE

1. Radiographies des deux genoux de face + profil du genou gauche + axial des rotules effectuées le 4 avril 2008, montrent une gonarthrose tricompartmentale des deux genoux prédominantes, aux compartiments internes et fémoro-patellaires.

2. IRM genou gauche effectué le 28 février 2008, montre une gonarthrose tricompartmentale prédominante des compartiments fémoro-tibiaux internes et fémoro-patellaires avec hypersignal de la corne postérieure du ménisque interne grade II (c'est-à-dire sans déchirure) ainsi qu'un kyste de Baker de 5 cm x 1,3 et un hypersignal du ligament latéral interne.

A mon avis, Monsieur Z. _____ souffre d'une gonarthrose de ses genoux auparavant asymptomatique. A mon avis, l'accident n'a fait que relever [révéler] des lésions dégénératives préexistantes. Je pense que dans un premier temps, il faut persévérer avec un traitement conservateur. Si celui-ci ne permet pas de soulager suffisamment la symptomatologie du patient, une toilette articulaire pourrait être proposée."

Dans la feuille pour le médecin LAA du 9 août 2008, le Dr X. _____ a relevé que la partie du corps atteinte par la lésion était le genou gauche.

Le Dr V. _____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué une nouvelle IRM du genou gauche de l'assuré le 14 novembre 2008. Dans son rapport médical du même jour au Dr C. _____, il a relevé ce qui suit:

"Indication: gonarthrose interne et fémoro-patellaire.

Douleurs aiguës et flexum depuis le 8.11.08.

Pas de liquide à la ponction.

Flexion-extension 90/5/5.

Recherche d'une anse de seau.

[...]

Seul le rapport de l'examen comparatif du 28.02.08 est à notre disposition.

Description:

Compartiment interne: importante déchirure transverse de la corne postérieure et du corps du ménisque sans luxation en anse de seau. Chondropathie de stade III à IV, pas d'autre lésion de l'os sous-chondral qu'une minime lésion ostéocondrale de 3 à 4 mm du versant externe du plateau tibial. Ostéophytose marquée dans le cadre d'une arthrose connue. Pas de déchirure du ligament collatéral interne.

Compartiment externe: hypersignal linéaire transverse du corps du ménisque semblant atteindre le bord libre de ce dernier correspondant à une lésion de grade III soit une probable déchirure non déplacée. Discret amincissement du cartilage articulaire et ostéophytose du condyle dans le cadre d'une arthrose débutante à ce niveau. Pas de lésion du ligament collatéral externe.

Pivot central: pas de lésion des ligaments croisés.

Appareil extenseur: tendinopathie rotulienne proximale et distale. Arthrose fémoro-patellaire marquée prédominant au versant externe de ce compartiment. Ostéophytose rotulienne.

Pas d'épanchement intra-articulaire significatif.

Conclusion:

Déchirure transverse importante du corps et de la corne postérieure du ménisque interne sans luxation en anse de seau. Minime déchirure transverse du ménisque externe. Gonarthrose tricompartmentaire prédominant nettement au compartiment interne et dans une moindre mesure au versant externe du compartiment fémoro-patellaire."

Selon déclaration d'accident LAA du 2 décembre 2008, une rechute a été annoncée par l'employeur de l'assuré. Il y était précisé que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 14 novembre 2008.

Par décision du 3 décembre 2008, la Caisse Vaudoise a refusé d'octroyer ses prestations au-delà du 25 juin 2008. En substance, elle a relevé que selon son médecin-conseil, les troubles de l'assuré au genou gauche existaient déjà avant l'événement bénin du 17 février 2008 et ne pouvaient aujourd'hui plus être mis en relation avec l'événement de 2008 mais sur le compte d'un état dégénératif. La Caisse Vaudoise indiquait qu'au vu des pièces médicales et de l'événement en cause, la relation de causalité entre les troubles au genou gauche et l'événement ne pouvait ainsi être admise que jusqu'au 24 juin 2008, date à laquelle la présence de suites de l'accident n'avait pas été mise en évidence par le Dr X._____.

Par courrier non daté reçu le 17 décembre 2008 par la Caisse Vaudoise, faisant suite à un entretien téléphonique du 8 décembre 2008, l'assuré s'est opposé à cette décision, faisant valoir que les suites de l'accident n'étaient pas terminées. Il sollicitait que le Dr C._____ soit interpellé. Il relevait en outre que l'IRM effectuée le 28 février 2008 révélait une déchirure du ménisque interne gauche de degré I.

Selon le protocole opératoire établi le 19 décembre 2008 par les Drs S._____ et H._____, l'assuré a subi à cette date une ménissectomie sous-totale de la corne moyenne et postérieure interne à gauche ainsi qu'un débridement de la chondropathie du condyle fémoral interne et micro-fractures. Les diagnostics posés étaient les suivants: chondropathie rotulienne interne gauche stade II à III, chondropathie du condyle fémoral interne de stade III à IV, méniscopathie interne avec une

déchirure complexe des cornes moyenne et postérieure à gauche, synovite inflammatoire, status post déchirure du faisceau antéro-médial du ligament croisé antérieur à gauche.

Selon un certificat médical de l'Hôpital J._____ du 6 février 2009, l'assuré a dû interrompre son travail pour raison médicale du 29 novembre 2008 au 1^{er} février 2009, le travail pouvant être repris à 50% le 2 février 2009 et à 100% le 23 février 2009. En outre, selon certificat médical du Dr S._____ du 17 février 2009, l'assuré a dû interrompre son travail à 50% du 17 février au 15 mars 2009.

Par décision sur opposition du 14 mai 2009, la Caisse Vaudoise a maintenu son refus d'allouer des prestations au-delà du 25 juin 2008.

B. L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 11 juin 2009, concluant à son annulation et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, subsidiairement à ce qu'il ait droit à l'ensemble des prestations LAA liées à l'accident du 17 mars (recte: février) 2008 au-delà du 25 juin 2008. En substance, il fait valoir que la décision attaquée viole l'art. 49 al. 3 LPGA, dans la mesure où la caisse a ignoré ses consultations à l'Hôpital J._____ et se repose entièrement sur l'avis de son médecin-conseil dont le rapport ne figure pas au dossier. Il fait encore valoir que la décision attaquée viole l'art. 43 al. 1 LPGA, dès lors que la caisse a retenu le diagnostic d'entorse, et non celui de déchirure méniscale, sans requérir de l'Hôpital J._____ des précisions. Le recourant se plaint en dernier lieu d'une violation du principe de libre appréciation des preuves, dans la mesure où la caisse savait que l'Hôpital J._____ était intervenu mais n'a pas sollicité de renseignements complémentaires, alors même qu'il n'avait jamais eu de problèmes aux genoux. L'assuré a produit un lot de pièces.

Dans sa réponse du 28 septembre 2009, la Caisse Vaudoise conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a notamment produit un rapport du 7 septembre 2009 de son médecin-conseil, le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la teneur suivante:

"Le 17 février 2008, vers 15h, il a trébuché dans les escaliers et s'est fait ma! au genou en se rattrapant. Il n'y a pas eu chute.

Dans sa lettre adressée au Groupe Mutuel, non datée, reçue le 17 décembre 2008, Mr Z. _____ signale qu'après cet événement, il a consulté son médecin de famille, le Dr N. _____ à Renens, qui l'a envoyé chez le Dr C. _____ pour suite de traitement.

Contact a été pris ce jour avec le Dr N. _____. Il avait initialement vu le patient le 17 décembre 2007, pour un coup reçu au mollet droit au football. Un traitement symptomatique a été instauré. Le patient a été revu le 21 décembre 2007, puis le 14 janvier 2008, en raison de la persistance des douleurs du mollet. Il fut alors adressé au Dr C. _____...

Le Dr N. _____ n'a plus revu le patient depuis cette date.

Le rapport médical du Dr C. _____ du 20 mars 2008, signale une première consultation le 15 février 2008 (date corrigée par la suite, pour le 25 février 2008, après avoir pris contact téléphonique avec le Dr C. _____, le 30 avril 2009).

Le Dr C. _____ reprend le descriptif accidentel initial. Il décrit un genou sec et stable, avec douleur du compartiment interne. Il retient le diagnostic d'entorse bénigne du LLI, au décours.

Le patient a suivi 9 séances de physiothérapie, première séance le 18 février 2008 déjà.

IRM du genou gauche du 28 février 2008 (Clinique F. _____): pas d'épanchement intra articulaire. Kyste synovial de Baker, de 5x1,3 cm d'épaisseur. Hétérogénéité du ligament latéral interne, traduisant une lésion de grade I.

LCA, LCP, LLE sans lésion.

Les cornes antérieure et postérieure du ménisque externe montraient des lésions de grade II. Idem pour la corne antérieure du ménisque interne. Sa corne postérieure présentait aussi un hypersignal T2, horizontal, étendu, qui ne paraissait toutefois pas venir au contact de son bord inférieur.

Toujours selon le patient (cf. lettre précitée), le Dr C. _____ l'aurait alors aiguillé vers le Dr Q. _____, dans l'optique d'une arthroscopie. Notre confrère aurait refusé la prise en charge par manque de couverture assécurologique en privé.

Le patient a continué ses séances de physiothérapie. Il dit avoir pris contact avec le Dr N. _____, qui lui aurait alors proposé d'aller consulter le Dr X. _____.

Le rapport médical relatif à cette consultation, du 26 juin 2008, nous apprend que le genou gauche était sans épanchement, stable, présentant tout au plus un dérangement interne (douleur à la palpation, sans ressaut). Le bilan radiologique standard, du 4 avril 2008, couplé aux images d'IRM, a permis à notre confrère d'arriver au diagnostic de gonarthrose bilatérale, tri-compartimentale,

prédominant aux compartiments interne et fémoro-patellaire. À son avis, l'événement en question n'a fait que révéler cette situation préexistante. C'est ainsi qu'il a proposé la poursuite des mesures conservatrices, tout en gardant la possibilité d'une toilette articulaire secondairement.

Il n'y a pas eu de traitement dans l'intervalle.

Le patient a pris contact avec l'Hôpital J._____, où il fut examiné fin octobre 2008 par le Dr S._____. Selon le patient, notre confrère aurait estimé que la blessure du ménisque n'était pas assez grave et qu'il y avait lieu de continuer le traitement (lequel?).

Le 8 novembre 2008, en courant, le patient a de nouveau ressenti des gonalgies, avec «blocage» du genou. Il a vu le Dr C._____ 5 jours plus tard, qui a organisé une nouvelle IRM, qui a eu lieu le 14 novembre 2008, de nouveau à la Clinique F._____. Cette fois, on parle d'une déchirure transverse du corps de la corne postérieure du ménisque interne et d'une minime déchirure transverse du ménisque externe, dans le cadre d'une gonarthrose tri compartimentale prédominant «nettement au compartiment interne».

Le patient fut opéré le 19 décembre 2008, à l'Hôpital M._____. Le rapport d'arthroscopie signale une méniscopathie interne avec déchirure complexe des cornes moyenne et postérieure, une chondropathie grade III-IV du compartiment interne, grade II-III du compartiment fémoro-patellaire, une synovite inflammatoire d'accompagnement et, une probable déchirure partielle ancienne du LCA (fibres antéro-externes).

La question de la relation de causalité naturelle entre l'événement survenu le 17 février 2008 et la rechute annoncée fin 2008 (ayant conduit au traitement chirurgical précité) est posée. Cette relation causale doit être écartée.

En effet, l'événement du 17 février 2008, à l'origine d'une possible/probable entorse (s'agissant d'un simple rattrapage après un faux-pas, sans notion de torsion majeure ou de chute), fut certainement à l'origine d'une action vulnérante de faible envergure.

Cette hypothèse est clairement corroborée par l'absence d'épanchement du genou en question. Ceci ressort du premier examen médical, pratiqué 8 jours plus tard par le Dr C._____, médecin du sport.

L'IRM du 28 février 2008 n'a pas montré de déchirure méniscale à proprement dit, c'est-à-dire une image linéaire, touchant la surface du ménisque, ce qui correspondrait (avec 90-95% de certitude) à une interruption de la continuité de la surface méniscale, c'est-à-dire une déchirure.

En revanche, le même examen a montré des éléments traduisant une dégénérescence de ce genou, touchant entre autres les structures méniscales (lésions de grade II).

L'entorse bénigne qu'a subie le patient a évolué favorablement, ne laissant pour ainsi dire qu'un minime dérangement interne courant juin 2008 (époque où le patient fut examiné par le Dr X. _____), encore une fois sans épanchement, ni laxité pathologique. Ledit dérangement pouvait sans autre rentrer dans le cadre de la gonarthrose connue.

Les constatations opératoires du Dr S. _____ reflètent parfaitement une situation arthrosique de ce genou, avec une importante chondrite interne (s'agissant d'une quasi disparition du cartilage en question), accompagnée d'une lésion méniscale complexe (terme caractéristique d'un ménisque chroniquement usé), qui se constitue avec le temps dans toute arthrose similaire.

En d'autres termes, l'événement du 17 février 2008, à l'origine d'une possible/probable entorse bénigne du genou droit (touchant peut-être le LLI), a révélé un état pathologique préexistant et important.

Pour cette seule entorse, le status quo ante/respectivement sine aurait dû être considéré comme atteint à l'issue d'un délai maximal de 1 à 3 mois, ce qui correspond à peu de choses près, à la période du traitement prodigué, c'est-à-dire de la physiothérapie.

Ce délai pourrait être repoussé dans le temps jusqu'au 24 juin 2008, date de l'examen du Dr X. _____, examen qui a révélé tout au plus une clinique en relation avec la gonarthrose, pathologie qui, dans le cas présent, touche donc les deux genoux."

Il n'y a pas eu d'autres échanges d'écritures.

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 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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, formé le 11 juin 2009 contre la décision sur opposition du 14 mai 2009, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours 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, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la Caisse Vaudoise était fondée, par sa décision sur opposition du 14 mai 2009, à refuser d'allouer à l'assuré des prestations en relation avec l'événement du 17 février 2008 au-delà du 24 juin 2008, singulièrement le point de savoir si, comme le soutient le recourant, son droit d'être entendu a été violé, si la Caisse Vaudoise a violé son devoir d'instruction ainsi que le principe de la libre appréciation des preuves.

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

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 24 juin 2008, des prestations pour l'événement dont le recourant a été victime suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 98 c. 3d; 123 V 137 c. 3c; 122 V 416 c. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 c. 3.1 p. 181, 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 c. 2.2). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 c. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 s., c. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 2.2).

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 c. 3.2; 129 V 402 c. 2.2; 125 V 456 c. 5a et les références).

4. a) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Celle liste est exhaustive (ATF 116 V 136 c. 4a p. 140 et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée

à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure — soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance — fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 c. 4; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 c. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 c. 4.2.2).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée — malgré son origine en grande partie dégénérative — a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (*statu quo sine*), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 c. 2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 c. 2; cf. également Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2000, pp. 529 ss, plus spécialement 534 ss).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire, ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 c. 3; TF U 162/06 du 10 avril 2007 c. 5.2.1 et 5.3).

b) D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de

manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 c. 2.3; U 266/99 du 14 mars 2000; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Si le principe «*post hoc ergo propter hoc*» ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident (ATF 119 V 335 spéc. 341 ss), on ne saurait pas davantage lui dénier toute valeur lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Finalement, si l'expert judiciaire est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, un juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

5. La décision sur opposition de la caisse retient qu'à partir du 25 juin 2008, ses prestations ne sont plus dues parce que les troubles présentés par l'assuré ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'événement de février 2008, mais résultent d'un état dégénératif des genoux. Ces constatations se fondent sur le rapport du Dr X. _____ réalisé le 24 juin 2008, ainsi que sur les constatations de son médecin-conseil.

Le recourant invoque en premier lieu une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée. Il reproche notamment à la caisse de s'être fondée entièrement sur l'avis de son médecin-conseil, anonyme, dont le rapport ne figure pas au dossier.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 187 c. 2.2 p. 190; 127 V 431 c. 3d/aa p. 437; 126 V 130 c. 2b p. 132 et les arrêts cités).

En l'espèce, la caisse cite largement son médecin-conseil dans la décision sur opposition. Ce dernier aurait en particulier relevé que «la suspicion de lésion méniscale interne, suspectée initialement par le Dr C._____, n'a pas été confirmée, et que le genou est stable lors de l'examen du 24 juin 2008 réalisé par le Dr X._____», ou encore mentionné que «le genou ne présente plus d'épanchement, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de phénomène irritatif. Si les douleurs interviennent par la suite c'est en relation avec l'arthrose.» La caisse a également recueilli l'avis de son médecin-conseil en vue de rendre sa décision initiale.

Ainsi, le médecin-conseil de la caisse, dont on apprend à la lecture de la réponse de cette dernière qu'il s'agit du Dr D._____, a semble-t-il rédigé un rapport médical concernant le recourant, du moins aurait-il examiné le dossier de ce dernier. Or le contenu de ce rapport médical, respectivement celui d'un éventuel entretien téléphonique entre le Dr D._____ et les auteurs de la décision sur opposition, ne figure pas au dossier, et n'a partant pas été soumis au recourant. Celui-ci n'a dès lors pas pu exprimer ses griefs le concernant, vu qu'il n'y a pas eu accès. S'il est constant que le recourant a pu faire valoir ses arguments devant la présente autorité qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, il n'en demeure pas moins que la caisse a rendu sa décision, puis sa décision sur opposition, sur la base de constatations de son médecin-conseil qui n'ont pas été soumises au recourant, ce qui consacre une violation de son droit

d'être entendu d'une gravité particulière, empêchant que cette violation soit réparée. Pour ce premier motif, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

6. La caisse a admis la prise en charge du cas jusqu'au 24 juin 2008, date au-delà de laquelle elle estime que la relation de causalité entre les troubles du recourant au genou gauche et l'événement du 17 février 2008 ne peut plus être admise. Elle fait valoir qu'il ressort des différents documents médicaux que l'état antérieur dégénératif du genou est manifeste et que les troubles au genou gauche existaient déjà avant l'événement de février 2008. Quant au recourant, il relève n'avoir jamais eu de problèmes au genou, expliquant que l'apparition soudaine de douleurs à la suite de l'événement du 17 février 2008 constitue un indice qui aurait dû convaincre la caisse de la nécessité de le prendre en considération, à tout le moins en sollicitant de l'Hôpital J._____ des renseignements complémentaires.

En l'occurrence, les opinions médicales sont contradictoires: dans son rapport médical du 28 février 2008, le Dr R._____ conclut notamment à une probable déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Quant au Dr C._____, il pose le diagnostic d'entorse bénigne dans son rapport médical initial du 20 mars 2008 à la caisse. Le Dr X._____ estime quant à lui dans son rapport du 26 juin 2008 au Dr N._____ que l'assuré souffre d'une gonarthrose de ses genoux auparavant asymptomatique et souligne que l'accident n'a fait que révéler des lésions dégénératives préexistantes. Dans son rapport médical du 14 novembre 2008 au Dr C._____, le Dr V._____ conclut, notamment, à une déchirure transverse importante du corps et de la corne postérieure du ménisque interne sans luxation en anse de seau.

Le recourant a informé la caisse dans son opposition de ce qu'une IRM avait été effectuée le 14 novembre 2008, qui attestait d'une déchirure aggravée du ménisque, et a sollicité que la caisse interpelle le Dr C._____, ce qu'elle n'a pas fait. Finalement, la caisse a produit en annexe à sa réponse au recours un rapport du 7 septembre 2009 de son

médecin-conseil le Dr D._____, qui conclut que l'événement du 17 février 2008, à l'origine d'une possible/probable entorse bénigne du genou droit (touchant peut-être le LLI), a révélé un état pathologique préexistant et important et que pour cette seule entorse, le statu quo ante/respectivement sine aurait dû être considéré comme atteint à l'issue d'un délai maximal de 1 à 3 mois. Il est d'avis que ce délai pourrait être repoussé dans le temps jusqu'au 24 juin 2008, date de l'examen du Dr X._____.

En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Comme on l'a vu ci-dessus, les avis médicaux au dossier ne sont pas concordants. Pour le surplus, le Tribunal fédéral a précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée — malgré son origine en grande partie dégénérative — a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi (cf. supra consid. 4a). Or en l'espèce, les éléments médicaux au dossier ne permettent pas d'établir le

caractère exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte, qui, sur la base des éléments au dossier, paraît être constitutive d'une lésion assimilée à un accident (cf. art. 9 al. 2 let. c OLAA).

Il subsiste ainsi suffisamment de doutes sur la question litigieuse de savoir si la caisse était fondée à mettre un terme à ses prestations le 24 juin 2008. La cause sera par conséquent renvoyée à la Caisse Vaudoise afin qu'elle mette en œuvre une expertise du recourant par un spécialiste en chirurgie orthopédique, étant précisé que le renvoi de la cause à l'intimée — auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA — apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

7. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 14 mai 2009 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. et de mettre à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III. La caisse versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA, Service juridique, (pour Z. _____),
- La Caisse Vaudoise,
- 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 :