

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Neu et Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

C._____, à Montreux, recourant, représenté par Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
Division juridique, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig,
avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA ; art. 43 al. 1 et 44 LPG

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962 sur le territoire de la Serbie, était employé comme manœuvre dans l'entreprise P._____ depuis 2004. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 avril 2008, l'assuré a trébuché contre un carret de bois et est tombé sur le genou droit. Selon le rapport médical du 14 juillet 2008 de la Dresse E._____, médecin généraliste auprès du centre médical consulté le jour même par l'assuré, celui-ci souffrait d'une contusion du genou. Cette praticienne a constaté une impotence fonctionnelle relative, des douleurs en regard du quadra interne, une douleur importante avec œdème du genou et sous la rubrique "constatations radiologiques", l'absence de lésion osseuse. Le 28 mai 2008, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une arthroscopie du genou droit qui a mis en évidence une déchirure complémentaire du ménisque externe, une irrégularité du cône postérieur du ménisque interne, une atteinte au plica, une arthrose mineure de la rotule et de la trochlée ainsi qu'une arthrose avancée du compartiment externe (chondropathie II à III du condyle externe et chondropathie III à IV du plateau externe). Le Dr Q._____ a procédé à cette date à une ménisectomie partielle du ménisque interne et du ménisque externe ainsi qu'à une résection du plica.

Dans un rapport du 22 juillet 2008, Le Dr Q._____ évoquait une évolution lentement favorable avec douleurs résiduelles mais mineures, un genou sec et stable, des signes méniscaux négatifs, avec une reprise du travail à 100 % dès le 28 juillet 2008.

L'assuré a effectivement tenté une reprise du travail en juillet 2008. Selon un rapport du 4 novembre 2008 du Dr Q._____, le genou droit de l'assuré a "toujours" présenté une tuméfaction locale avec un

épanchement et une importante difficulté à la marche. Le Dr Q. _____ a remis l'assuré à l'arrêt de travail depuis le 29 septembre 2008 en raison d'une dégradation de la situation.

L'assuré a repris le travail à 50 % dès le 12 janvier 2009. Selon le rapport du Dr Q. _____ du 4 février 2009, l'évolution était difficile avec persistance des douleurs et des sensations de lâchage. Une poursuite du travail à 100 % dès le 16 février 2009 était néanmoins qualifiée de probable. Le Dr Q. _____ mentionnait encore que l'atteinte, modérée, du compartiment externe, était dégénérative.

Dans un rapport du 20 mars 2009, le Dr Q. _____ constatait à la faveur d'un examen clinique pratiqué le même jour, l'existence d'un épanchement persistant, des signes méniscaux négatifs et un genou parfaitement stable. Il a pratiqué une nouvelle infiltration et réservait une réévaluation professionnelle en cas d'échec.

L'assuré a été examiné le 26 mars 2009 par le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA. Ce médecin a constaté que le genou était empâté sans vrai épanchement et sans autre signe inflammatoire, en particulier sans hyperthermie. Il existait une amyotrophie assez marquée. Il a également relevé sur la base des radiographies du 7 avril 2008 une arthrose fémoro-tibiale externe établie et un début d'arthrose fémoro-tibiale interne, la qualité du cliché ne permettant pas une appréciation fine de la structure osseuse. Un bilan radiologique du 26 mars 2009 a confirmé un atteinte dégénérative tricompartmentale, modérée, plus marquée externe qu'interne, et fémoro-rotulienne. L'assuré se plaignait de douleurs pratiquement constantes, en partie insomniantes et météo-sensibles. Le Dr S. _____ a posé le diagnostic de contusion sur un état dégénératif tricompartmental documenté, avec comme comorbidité des signes d'aggravation somatoforme et de non-organicité et a préconisé un séjour à la Clinique J. _____ (ci-après : Clinique J. _____) à [...].

L'assuré a séjourné du 7 avril au 5 mai 2009 à la Clinique J._____. Selon le rapport du 3 juin 2009 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la Dresse L._____, médecin hospitalier, l'assuré présentait une gonarthrose droite tricompartmentale débutante, prédominant au compartiment externe, dans un contexte après méniscectomie partielle externe du genou droit pour déchirure de la corne moyenne, par arthroscopie, le 10 juin 1996, régularisation du ménisque externe du genou droit par arthroscopie le 29 août 1996, méniscectomies partielles internes et externes, telles que pratiquées le 28 mai 2008. On peinait toutefois à expliquer l'ampleur des plaintes et des limitations fonctionnelles par les seules constatations objectives. D'un point de vue médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée. En ambulatoire, des infiltrations (visco-supplémentation et corticoïdes anamnestiques) avaient été effectuées, sans amélioration notable. Du point de vue orthopédique, une ostéotomie de varisation n'était pas indiquée, étant donné l'arthrose débutante du compartiment interne et un axe plutôt neutre pour le membre inférieur droit. L'épanchement articulaire présent à l'admission (absent à la sortie) du patient témoignait d'un genou irritable. D'un point de vue médical, on pouvait retenir une limitation pour les ports de charges lourdes répétés au-dessus de 15-20 kg, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, la marche en terrain irrégulier, le travail en position à genoux ou accroupi. Au vu de ces limitations, une réorientation professionnelle était indiquée pour ce patient qui travaillait comme ouvrier dans le bâtiment. Depuis la reprise de son activité le 12 janvier 2009, l'assuré exerçait à 50 %, dans un poste relativement adapté. Au vu des limitations fonctionnelles, il était fort peu probable que le patient puisse reprendre dans l'activité habituelle ou à un taux de 100 %, raison pour laquelle, l'annonce auprès de l'assurance-invalidité avait été réalisée durant le séjour. L'incapacité de travail dans la profession actuelle de manœuvre dans le bâtiment dans un poste adapté était de 50 % dès le 11 mai 2009 et devait être réévaluée. Dans son consilium psychiatrique du 14 avril 2009, la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déclaré ne pas retenir de diagnostic psychiatrique, les variations

thymiques observées à l'admission relevant de difficultés d'adaptation à l'hospitalisation.

Selon l'avis de sortie du 5 mai 2009 de la Clinique J._____, l'assuré avait une capacité de travail de 50 % dès le 11 mai 2009 avec limitation pour le port de charges lourdes au-delà de 15 kg et les positions à genoux et accroupies répétées. A son retour au travail, l'employeur a renvoyé l'assuré chez lui, estimant qu'il lui était impossible de l'employer conformément aux restrictions. En effet, la fonction de l'assuré était uniquement de faire de la manutention lourde en terrain inégal, dans des escaliers ou à genoux.

Selon un rapport du Dr Q._____ du 5 juin 2009, consécutif à une consultation de l'assuré la veille, son genou présentait une douleur diffuse mal systématisée plutôt de type tendinopathie rotulienne avec un genou parfaitement sec. A son avis, l'assuré était tout à fait apte à retrouver un travail adapté à sa situation. Il suggérait une réadaptation professionnelle à cet effet.

L'assuré a été examiné le 7 août 2009 par le médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse G._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Celle-ci a diagnostiqué une synovite du genou avec discrète limitation de la flexion ainsi qu'une amyotrophie quadricipitale modérée relative. Il existait à son avis de toute évidence des phénomènes d'amplification avec une hypoesthésie dépassant un territoire anatomique, un syndrome douloureux donnant une impotence fonctionnelle plus importante que celle à laquelle on aurait pu s'attendre au vu des constatations objectives. L'assuré présentait par ailleurs un état dépressif devant être traité en priorité et qui donnait très probablement lieu à une incapacité totale lors de l'examen. Sur le plan de l'exigibilité, le status comparable à celui de la Clinique J._____ permettait d'envisager l'activité adaptée dans sa profession à 50 % et, au plan théorique, une pleine capacité dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles, avec évitement des charges supérieures à 15-20 kg, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement

de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi.

Un bilan radiologique cervico-lombaire du 20 octobre 2009 a mis en évidence une discrète uncarthrose cervicale, une spondylose lombaire étagée et une bascule du bassin au détriment du côté droit.

Selon un rapport médical du 20 novembre 2009 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré souffrait d'une réaction dépressive prolongée (F43.21). Il mentionnait une incapacité totale de travail du fait des souffrances physiques et psychiques depuis le 7 avril 2008.

Selon un courrier du Dr Q._____ du 25 février 2010, un nouveau bilan radiologique a mis en évidence une gonarthrose encore modérée dans le compartiment externe et fémoro-patellaire avec une interligne encore bien visible. Les dégâts cartilagineux étaient déjà marqués lors de l'arthroscopie au mois de mai 2008.

L'assuré a été examiné le 10 mars 2010 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a diagnostiqué sur la base du bilan radiologique précité une gonarthrose sévère touchant de manière pratiquement élective le compartiment externe. Le seul traitement efficace serait la mise en place d'une prothèse totale. En l'état, il y avait incapacité totale de travail.

L'assuré a été réexaminé le 12 avril 2010 par le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Ce praticien a confirmé le diagnostic d'arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit. Il disposait à titre de documents radiographiques de quatre séries de radiographies du 24 février 2010. Il a maintenu l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles avec évitement des charges supérieures à 15-20 kg, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement de la marche en terrain

instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi. Il a estimé que la mise en place d'une prothèse totale du genou était prématurée compte tenu de l'âge de l'assuré et préconisé une seconde réévaluation à la Clinique J._____.

L'assuré a fait un second séjour à la Clinique J._____ du 27 avril au 26 mai 2010. D'après la consultation orthopédique du 17 mai 2010 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, si l'assuré souffrait d'une gonarthrose externe et avait des symptômes antéro-internes, il exagérait les plaintes à la marche ; le Dr M._____ avait la certitude qu'une prothèse totale du genou était une mesure disproportionnée par rapport aux images IRM et aux images radiologiques et ne réglerait par le conflit du travail du patient. Le consilium psychiatrique de la Dresse K._____ du 3 mai 2010 diagnostiquait un trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (tension, colère) (F43.23) ; à son avis, ce trouble ne générait plus d'incapacité de travail, une phase plus clairement dépressive semblant avoir bien répondu au traitement de Fluoxétine introduit par son psychiatre en automne 2009. Dans leur rapport du 20 juillet 2010, les Drs B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et V._____, tous deux médecins auprès de la Clinique J._____, ont diagnostiqué une gonalgie droite chronique, une gonarthrose droite tricompartmentale débutante, prédominante au compartiment fémoro-tibial externe ainsi que des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires. Un nouveau bilan radiologique avait en effet confirmé des signes de gonarthrose tricompartmentale débutante prédominant au compartiment fémoro-tibial externe avec dans ce compartiment une sclérose sous-chondrale et ostéophytose avec malgré tout un bon espace cartilagineux. Au terme du séjour durant lequel il n'y a eu aucun changement et aucune amélioration, les Drs B._____ et V._____ ont reconnu une incapacité de travail à 100 %, à long terme dans son activité de manœuvre sur chantiers. La situation était considérée comme médicalement stabilisée en ce sens qu'aucun traitement n'avait un impact significatif. Une chirurgie prothétique n'était pas indiquée.

L'ensemble des incapacités alléguées par l'assuré ne pouvait pas s'expliquer par les seuls éléments médicaux. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (exclusion du port de charges lourdes répétées supérieures à 15-20 kg, de la montée et descente fréquentes d'escaliers ou d'échelles, de la marche en terrain irrégulier, du travail en position à genoux ou accroupi), l'assuré avait une capacité de travail totale. Au vu du contexte psychosocial, la réinsertion risquait d'être laborieuse et le comportement douloureux risquait de mettre en échec les mesures de réinsertion.

L'assuré a été réexaminé le 30 août 2010 par le Dr F._____. Subjectivement, l'évolution depuis l'examen du 12 avril 2010, date de la dernière observation concernant ce patient, était stationnaire malgré le séjour à la Clinique J._____ qui s'était avéré peu fructueux. Objectivement, l'examen clinique du 30 août 2010 était superposable à celui observé du 12 avril 2010. Sur le plan assécurologique, l'exigibilité émise le 12 avril 2010 restait d'actualité. Le Dr F._____ estimait l'atteinte à l'intégrité à 15 % selon la table 5 (arthrose fémoro-tibiale moyenne). Cette estimation ne tenait pas compte du risque d'aggravation ultérieure en raison de la forte probabilité de la mise en place d'une prothèse totale du genou, le Dr F._____ réservant l'examen d'un ajustement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en fonction de l'évolution de l'implantation d'une prothèse et de son résultat.

Par courrier du 12 novembre 2010 le Dr W._____ a pris position sur le rapport du Dr F._____ du 30 août 2010. Il déclarait qu'à son avis les deux arthroscopies avec méniscectomie externe du genou droit "en 1996" étaient certainement la cause de la gonarthrose externe actuelle, que les examens radiologiques comme l'IRM avaient montré que la gonarthrose externe était importante et qu'il n'y avait pas d'autre solution thérapeutique que la mise en place d'une prothèse partielle ou totale.

Le 30 novembre 2010, le Dr F._____ a informé le Dr F._____ qu'il l'autorisait à procéder à une mise en place d'une prothèse

totale. Il relevait que l'assuré présentait une arthrose sévère de son genou droit.

Le 12 décembre 2010, l'assuré est tombé ensuite d'un lâchage du genou droit et s'est réceptionné sur la main droite. Selon le rapport du 17 mars 2011 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la chute a entraîné une forte contusion de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3^e rayon. Les radiographies ne montraient pas de lésion osseuse mais des troubles dégénératifs débutants au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médus droit.

Le 18 février 2011, le Dr W._____ a informé le médecin-conseil de la CNA que la seule solution chirurgicale serait la mise en place d'une prothèse totale du genou mais que l'assuré n'était pas du tout prêt à subir cette intervention à court ou à moyen terme. Il n'y avait pas de traitement à prévoir en-dehors de mesures symptomatiques. L'incapacité de travail restait totale.

Dans un rapport du 22 février 2011, le Dr H._____ a déclaré que l'assuré avait développé un trouble dépressif persistant d'intensité moyenne. Eu égard à sa peur de l'opération, son état psychique ne permettait pas d'envisager à ce moment la pose d'une prothèse, ni d'ailleurs pour les deux années suivantes.

B. Par communication du 13 avril 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2011.

C. Le 9 mai 2011, la CNA a rendu une décision par laquelle elle accordait dès le 1^{er} juin 2011 une rente d'invalidité de 18 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18'900 fr. correspondant à une diminution de l'intégrité de 15 %. Selon cette décision, l'assuré était à même, en ce qui concernait les seules séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il ne

doive pas porter des charges supérieures à 15 voire 20 kg et travailler sur un terrain irrégulier. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettait de réaliser un salaire annuel de 54'248 fr., ce qui impliquait une perte de 17.1 % par rapport au gain de 65'925 fr. réalisable sans accident.

L'assuré a fait opposition en date du 1^{er} juin 2011. Il contestait tant le taux de la rente d'invalidité que celui de l'atteinte à l'intégrité. A l'appui de son opposition, il a produit trois avis médicaux de ses médecins traitants :

- Selon l'avis du Dr W._____ du 8 avril 2011, qui posait le diagnostic de douleurs et impotence fonctionnelle du genou droit sur importante gonarthrose post-traumatique, 15 ans après arthroscopie et méniscectomie externe itérative, l'incapacité de travail était totale depuis le 10 mars 2010, date à partir de laquelle il suivait l'assuré. A la question de savoir s'il existait une activité professionnelle adaptée au trouble de l'assuré, le Dr W._____ a répondu par la négative. Il a confirmé que l'assuré devait se déplacer avec une canne, car "il lui avait été recommandé de protéger son genou". A son avis, la gonarthrose allait s'aggraver progressivement. La mise en place d'une prothèse articulaire était recommandée.

- Selon l'avis du Dr H._____ du 9 mai 2011, l'assuré souffrait d'une réaction dépressive prolongée (F43.21) et d'un trouble dissociatif (F44). D'un point de vue psychique, l'état de l'assuré impliquait une incapacité de travail qui se situait, selon les moments de fluctuations dépressives, entre 50 et 100 %. Dans sa conclusion, le Dr H._____ estimait possible de formuler une exigibilité de travail adapté à l'état de santé psychique à un taux de 40-50 %.

- Selon l'avis du Dr R._____ du 25 mai 2011, l'assuré était en incapacité totale de travail. Dans un emploi adapté (travail léger avec changement de position chaque heure), la capacité de travail était de 50 %. Depuis la chute sur la main droite le 12 décembre 2010 à la suite d'un

lâchage du genou droit, la main droite montrait une tuméfaction à la face dorsale et était toujours douloureuse. Pour avoir une certaine stabilité, l'assuré marchait depuis la chute susmentionnée avec une canne.

Par décision du 19 septembre 2011, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 9 mai 2011.

D. En date du 17 octobre 2011, l'assuré a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 19 septembre 2011. Il requiert l'ordonnancement d'une expertise judiciaire afin de déterminer son état de santé actuel, sa capacité de gain résiduelle et le taux d'invalidité. Il conclut principalement, avec suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont les taux devront être déterminés sur la base de l'expertise demandée. Il conclut subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire, notamment la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Par acte du 3 février 2012, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

E. Il sera encore relevé que le 28 avril 2009, le recourant a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 13 novembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a informé le recourant qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible en raison de son état de santé. Le 3 mars 2011, l'OAI a présenté un projet de décision prévoyant l'octroi d'une demi-rente entre le 1^{er} octobre 2009 et le 30 juin 2010, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée étant estimée à 50 % depuis le 1^{er} octobre 2009 et à 100 % dès le 8 mars 2010.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), 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, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) 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 compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dans la mesure où la présente cause porte sur le droit à des prestations d'assurances qui sont susceptibles de dépasser le montant de 30'000 fr., elle doit être tranchée par une Cour du tribunal composée de trois juges (art. 94 LPA-VD).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. 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'événement 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 événement 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, 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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.

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 ; TF 8C_119/2012 du 30 mars 2012 consid. 4 ; RAMA 1999 no U 341 p. 407, consid. 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. 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, 402 consid. 4.3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, 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 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

En cas d'état maladif antérieur, 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 maladif antérieur 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 ; TFA U 61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 no U 142 consid. 4b] ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, no 80 p. 865).

b) Les déchirures du ménisque figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA let. c. Selon cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions (mentionnées aux let a à h) sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites. On précisera que dans le cadre de l'art. 9 OLAA, 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 l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au *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 (cf. TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2 ; voir également, sur cette problématique, Jean-Michel Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2006, pp. 529 ss, plus spécialement 534 s.).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps que celui-ci aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et 3b/ee et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 précité). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a 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 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées).

3. a) Préliminairement, il doit être relevé que la CNA semble avoir admis implicitement le rapport de causalité naturelle entre l'accident du 7 avril 2008 et non seulement les lésions méniscales observées lors de l'arthroscopie du 28 mai 2008 mais aussi la gonarthrose du compartiment externe. Or, selon le rapport du Dr S. _____ du 26 mars 2009, un cliché radiographique datant du jour de l'accident mettait en évidence une arthrose fémoro-tibiale externe établie et un début d'arthrose fémoro-tibiale interne. Il posait le diagnostic de contusion sur un état dégénératif tricompartmental. Quant au Dr Q. _____, il avait déjà qualifié le 28 mai 2008 la gonarthrose du compartiment externe comme étant avancée et dans son écrit du 4 février 2009, lui a attribué une origine dégénérative. Le 12 novembre 2010, le Dr W. _____ a déclaré qu'à son avis les deux arthroscopies avec méniscectomie externe du genou droit opérées en 1996 étaient certainement la cause de la gonarthrose. Ni les Drs G. _____ et F. _____ de la CNA, ni les experts de la Clinique J. _____ ne se sont prononcés expressément sur le lien de causalité entre la

contusion subie le 7 avril 2008, respectivement les suites de la méniscectomie partielle du 28 mai 2008, et la gonarthrose.

Au regard de l'ensemble des avis médicaux, l'existence d'une atteinte dégénérative n'est pas douteuse et la contusion subie lors de l'accident du 7 avril 2008 pourrait avoir déclenché un processus lié à une gonarthrose préexistante.

Néanmoins, en l'état actuel du dossier, il est impossible de déterminer si la gonarthrose actuelle est d'origine exclusivement dégénérative ou non. Plus particulièrement, on ignore si les arthroscopies pratiquées en 1996 sont la conséquence d'une maladie ou d'un accident et quelle a été l'évolution de l'arthrose entre 1996 et l'accident du 7 avril 2008, étant rappelé que la radiographie pratiquée le jour de cet accident mettait déjà en évidence une arthrose fémoro-tibiale externe établie. À cela s'ajoute qu'aucun document au dossier ne permet de trancher la question de savoir si les déchirures des ménisques mises en évidence lors de l'arthroscopie du 28 mai 2008 constituent des déchirures dues exclusivement aux lésions dégénératives ou des déchirures aiguës en lien avec l'accident du 7 avril 2008 et dans cette seconde hypothèse, à quel moment le *statu quo sine* aurait été atteint.

A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, les avis médicaux recueillis ne permettent pas de se déterminer clairement quant à la nature, l'étiologie et l'impact des atteintes dont souffre le recourant. A défaut de disposer des éléments nécessaires à l'examen du droit aux prestations litigieuses, la Cour de céans n'est donc pas en mesure de trancher la présente affaire à satisfaction de droit. En conséquence, une expertise doit être mise en oeuvre.

b) S'agissant de la chute du 12 décembre 2010 qui aurait été provoquée par un lâchage du genou droit selon les rapports du Dr R. _____ du 25 mai 2011 et du Dr W. _____ du 23 décembre 2010, il faut relever que les affirmations du recourant relatives à des lâchage du

genou droit figurent au dossier médical dès le rapport du Dr Q._____ du 4 février 2009. Le recourant avait également invoqué ces plaintes devant les médecins de la Clinique J._____ lors de ses deux séjours. Or, la seule constatation objective qui a pu être faite à ce sujet est celle du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, de la Clinique J._____, qui a constaté dans son consilium du 10 mai 2010 qu'il "y a des lâchages étagés au membre inférieur droit, certains pouvant s'expliquer peut-être par l'affection du genou droit, d'autres étant plus difficilement compréhensibles (dorsi-flexion du pied)" ; le Dr T._____ en a conclu que l'examen clinique cervico-dorso-lombaire était normal pour l'âge. Le lien de causalité entre les séquelles de l'accident du 7 avril 2008 et les lâchages tels que celui ayant entraîné la chute le 12 décembre 2010 doit être qualifié simplement de possible. Il ne remplit pas la condition de la vraisemblance prépondérante requise par la jurisprudence, de sorte que la chute du 12 décembre 2010 et ses séquelles ne doivent pas être considérés comme étant dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 7 avril 2008.

c) Le recourant a requis la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer son état de santé actuel, sa capacité de gain résiduelle et le taux d'invalidité.

Pour autant que l'expertise à venir (cf. consid. 3a ci-dessus) conclue à un lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 avril 2008 et l'atteinte à la santé litigieuse, son auteur devra également déterminer l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'à l'avènement du *statu quo sine*, respectivement jusqu'à la stabilisation de son état de santé. C'est en fonction de ces échéances que la capacité de gain résiduelle et le taux d'invalidité devront être appréciés.

S'agissant de la détermination du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il sera observé qu'une expertise se serait quoi qu'il en soit imposée. En effet, le Dr F._____ se contredit dans l'appréciation de la gravité de l'arthrose fémoro-tibiale, en qualifiant celle-ci de modérée dans son évaluation du 30 août 2010 et de sévère dans le courrier adressé

au Dr W._____ le 12 novembre 2010, alors que les éléments de fait médicaux à sa connaissance sont demeurés inchangés dans l'intervalle. Quant aux rapports de la Clinique J._____, ils ne permettent pas de quantifier l'importance de l'atteinte à l'intégrité. Plus particulièrement, ils évoquent une gonarthrose droite tricompartmentale débutante, sans précision sur sa gravité.

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction quant au lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 avril 2008 et l'atteinte à la santé litigieuse, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète en ce qui concerne les séquelles dudit accident. Il se

justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction. Il consistera à établir les circonstances de fait à l'origine des arthroscopies de 1996, à documenter l'évolution de l'atteinte au genou droit de l'assuré depuis lors et mettre en oeuvre une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision.

Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant.

d) En conclusion, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction.

4. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD).

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS ; art. 55 al. 2 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 septembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :