

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2019

Composition : M. NEU, président
M. Peter et Mme Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Luigi Stampa,

et

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

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a travaillé en tant que poseur de fenêtres pour la société [...] Sàrl depuis mars 2010 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

En date du 13 février 2012, il a glissé et a chuté en se tapant le genou gauche contre un pied de biche qui se trouvait caché sous une bâche. Il s'est retrouvé en totale incapacité de travailler à partir du 14 février 2012. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Selon le rapport médical des Drs G._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie, et X._____ du 5 avril 2012, l'assuré souffrait d'une bursite post-traumatique du genou gauche, qui a nécessité une bursectomie pré-rotulienne en date du 26 mars 2012.

L'assuré a pu reprendre son emploi à 100 % dès le 28 mai 2012. Dans un rapport médical du 18 juin 2012, le Dr G._____ a indiqué que le traitement était terminé.

En raison de la persistance de douleurs rétropatellaires, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en totale incapacité de travail à partir du 28 août 2012.

Selon une IRM réalisée le 30 août 2012, l'assuré présentait des signes de bursite pré-rotulienne ainsi qu'une chondropathie modérée focale du versant interne de la patella. Il n'y avait cependant pas d'épanchement intra-articulaire en quantité significative, ni de lésion ostéochondrale ou ménisco-ligamentaire.

Une annonce de rechute a été faite auprès de la CNA par déclaration du 22 septembre 2012.

Dans un rapport médical du 21 septembre 2012, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de chondromalacie du versant médial de la rotule gauche et de status post-bursectomie pré-rotulienne le 26 mars 2012 pour une bursite post-traumatique suite à un choc direct de la face antérieure du genou. Compte tenu du peu d'amélioration ressentie à la suite d'une infiltration d'anesthésique local, ce médecin estimait que les douleurs n'étaient pas directement d'origine articulaire.

Par décision du 24 octobre 2012, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles annoncés comme rechute, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 13 février 2012 et les lésions annoncées.

Dans un rapport médical du 13 novembre 2012 adressé à la CNA, le Dr P._____ a suspecté une neuropathie cutanée de la branche rotulienne médiane du nerf saphène.

L'assuré s'est opposé à la décision de la CNA par acte du 15 novembre 2012. Une opposition provisoire a également été déposée le 23 novembre 2012 par son assureur perte de gain maladie, M._____ (ci-après : M._____).

Un entretien avec un collaborateur de la CNA a eu lieu le 28 novembre 2012 au domicile de l'assuré.

Le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de M._____, a examiné l'assuré en date du 19 décembre 2012. Dans son rapport du 20 décembre 2012, il a indiqué que les signes cliniques actuels étaient compatibles avec une inflammation

cicatricielle antérieure de la rotule à mettre en relation avec les suites opératoires du 13 février [recte : 26 mars] 2012, si bien que la responsabilité de la CNA restait engagée.

Le 29 janvier 2013, l'assuré a été examiné par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Celui-ci a estimé que l'assuré présentait une chondropathie rotulienne, surchargée d'éléments fonctionnels, sans toutefois exclure totalement une participation neurogène à la symptomatologie douloureuse en relation avec l'atteinte d'un petit rameau cutané du nerf saphène. Des examens complémentaires étaient nécessaires pour clarifier la situation.

Par courrier du 29 janvier 2013, la CNA a annulé sa décision du 24 octobre 2012 et décidé de continuer à allouer à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de l'accident du 13 février 2012.

L'assuré a séjourné à la D._____, (ci-après : D._____) du 20 février au 20 mars 2013. Le rapport final établi le 11 avril 2013 et signé des Drs W._____, spécialiste en rhumatologie, et R._____ faisait état notamment de ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgie et limitation fonctionnelle au genou gauche

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Chute au travail le 13.02.2012, avec traumatisme direct du genou gauche
- Status post-bursectomie pré-rotulienne gauche le 26.03.2012
- Status post-infiltration intra-articulaire de Rapidocaïne 2 % 10 ml le 12.09.2012 avec échec
- Status post-infiltration intra-cicatricielle de Rapidocaïne 1 % le 08.11.2012 avec échec
- Allodynie péricicatricielle du genou gauche
- Chondropathie rotulienne interne gauche et plica sus et para patellaire interne sur l'arthro-IRM du 26.02.2013
- Trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif (sic)
- Syndrome d'apnée du sommeil

[...]

Aucune incohérence flagrante n'a été relevée mais on note un patient assez plaintif, craintif, qui a tendance à s'auto limiter. Il faut aussi noter que l'auto appréciation de son handicap est assez important[e] (score PACT à 79 = niveau inférieur à un niveau d'effort sédentaire).

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : accroupissements répétés, positions à genoux prolongées, montées et descentes répétitives d'escaliers.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : une poursuite de la physiothérapie ambulatoire 2x/ semaine serait nécessaire pour améliorer la mobilité articulaire et augmenter la puissance musculaire.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 2-3 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée d'après notre consultant orthopédiste (cf. rapport).

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est a priori favorable mais il s'agit d'un travail à fortes contraintes sur les membres inférieurs, avec port de charges très lourdes. De plus, l'existence d'un litige avec la suva, l'auto appréciation élevé[e] de son handicap, la durée de l'incapacité de travail, le trouble de l'adaptation vont probablement compliquer cette reprise. Une reprise partielle pourrait être essayée dans un premier temps. En cas d'échec la situation devra être réévaluée, on rappelle qu'une demande AI est en cours. »

Dans le cadre de ce séjour, un ENMG a été réalisé le 7 mars 2013 et a pu confirmer qu'on ne retrouvait aucun argument pour une atteinte du nerf sural, comme à l'examen clinique. La radiographie des genoux effectuée le 26 février 2013 était décrite comme suit :

« Pas de lésions dégénératives significatives.
Pas de signe de chondrocalcinose.
Pas de signe d'épanchement intra-articulaire d'un côté comme de l'autre.
Os fabella des deux côtés.
Pas de dysplasie trochléenne ou rotulienne.
Pas de calcifications décelées en regard de la bourse pré-rotulienne gauche ni de tuméfaction significative par rapport au côté controlatéral.
Très discrète désaxation rotulienne externe à prédominance gauche sur les axiales. »

Un nouvel examen par le Dr Z. _____ a été organisé le 4 juin 2013. Dans son rapport du même jour, il a conclu ce qui suit :

« Le patient dit que le séjour à [...] ne lui a pas apporté grand-chose. Il a toujours des douleurs intéressant toute la face antérieure du

genou G [gauche]. Les douleurs sont permanentes, également nocturnes, et le patient est fréquemment réveillé la nuit. Il est aussi limité dans ses déplacements. Il a essayé de reprendre le travail hier à 50 % mais ça n'allait pas.

L'examen clinique est maintenant dominé par un comportement douloureux et une exclusion fonctionnelle du genou G.

Objectivement, les cicatrices sont bien coaptées. Il n'y a aucune induration des téguments. La cicatrice médiane serait très sensible à la palpation mais il n'y a pas de signe de Tinel clairement identifiable. Le genou est sec. Il n'y a pas de tuméfaction, pas d'hyperthermie ni aucun signe réactif local. La mobilisation se heurte à des contrepulsions et la flexion paraît limitée par les douleurs. Les signes rotuliens sont ininterprétables chez un patient dont le genou semble hyperalgique. Il n'y a pas de laxité pathologique. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse G et le quadriceps a un bon tonus et une bonne force.

L'impression qui prévaut est donc elle d'un trouble fonctionnel, d'un handicap subjectif hors normes, le tout débouchant sur un processus d'invalidisation que la prise en charge thérapeutique, incluant un séjour stationnaire à la D. _____, n'est pa[s] parvenu à endigue[r].

Le bien-fondé d'un reclassement professionnel peut se concevoir mais le vécu douloureux est tel qu'on ne voit pas comment des mesures professionnelles pourront être mises en œuvre.

Pour ce qui est de la responsabilité de la Suva dans cette affaire, il est clair qu'une simple contusion du genou n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets.

Il n'est même pas sûr qu'elle soit responsable de la décompensation d'une chondropathie rotulienne sous-jacente.

A noter également qu'on n'est pas parvenu à faire la preuve d'une atteinte neurogène significative faisant suite à la bursectomie.

En d'autres termes, il n'y a pas de séquelle de l'accident nécessitant la poursuite d'un traitement, contre-indiquant la reprise de l'activité habituelle ou justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. »

Par décision du 7 juin 2013, la CNA a clos le cas au 15 juin 2013 en ce qui concerne les suites de l'accident, a réfuté tout droit à d'autres prestations d'assurance et mis fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là. Suivant l'appréciation de son médecin-conseil, elle a considéré que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, et que le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint le 15 juin 2013 au plus tard.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 13 juin 2013. Une opposition provisoire a également été déposée par M. _____ le 24 juin 2013, puis retirée en date du 10 juillet 2013.

Dans un rapport médical du 27 juin 2013 adressé à la CNA, le Dr P. _____ a indiqué qu'au vu de la situation clinique inchangée et localisée dans la zone cicatricielle à la face antérieure de la rotule, les plaintes étaient à son avis en relation avec l'accident du 13 février 2012. Il n'avait plus rien à proposer au niveau thérapeutique et avait adressé le patient à un centre de traitement de la douleur. Il a relevé que le travail de l'assuré nécessitait la position accroupie, en appui sur les genoux, de même que le port de poids lourds régulier et la marche dans les escaliers, si bien qu'il avait prolongé l'arrêt de travail puisqu'un appui léger créait des sensations assez fortes.

Le 11 juillet 2013, l'assuré a complété son opposition par l'intermédiaire de son mandataire. Il a nié l'atteinte d'un *statu quo sine* aux motifs qu'il n'avait aucune lésion aux genoux avant son accident et que son genou droit ne présentait pas de problème, comme mentionné dans « un rapport de la Suva du 28 novembre 2012 » [recte : compte-rendu d'entretien]. Il a fait valoir, sur la base de pièces à son dossier, que les douleurs dont il souffrait à son genou gauche étaient les conséquences directes de son accident, de même que la chondropathie. Il a relevé que le Dr Z. _____ l'avait examiné alors que la situation n'était pas encore considérée comme stabilisée par les médecins de la D. _____ et a invoqué que cette dernière n'était d'ailleurs toujours pas stabilisée.

Par décision sur opposition du 18 juillet 2013, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 7 juin 2013. Elle a estimé qu'il n'existait aucun élément permettant de douter de l'avis du médecin d'arrondissement, même à la lecture du rapport du Dr P. _____. Le seul fait que les douleurs étaient apparues après l'accident ne suffisait pas à établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle a en outre précisé que les troubles

psychiques n'engageaient pas sa responsabilité, faute de causalité adéquate avec l'accident, qui devait être qualifié de banal.

B. Par acte de son mandataire daté du 28 août 2013 et posté le 13 septembre 2013, K._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 juin 2013. Il a repris les arguments de son opposition, soutenant que son état n'était pas stabilisé et que les douleurs dont il souffrait étaient les conséquences directes de son accident. Il a entre autre produit les documents suivants :

- Dans un rapport médical du 17 juillet 2013, le Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie, a posé les diagnostics de gonalgies gauches post-traumatiques, status post bursectomie du genou gauche et chondropathie rotulienne. Lors de l'examen, le genou était relativement calme. La douleur était nettement augmentée par la marche avec une limitation du périmètre de marche à environ 30 minutes. Il estimait que les douleurs avaient une origine clairement inflammatoire et post traumatique, mais que l'évolution montrait plutôt des douleurs actuellement de type neuropathique avec une allodynie au niveau de la région rotulienne.
- Dans une attestation du 8 août 2013, la Dresse Q._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué connaître l'assuré depuis février 2011 et qu'il n'avait jamais évoqué de problèmes de genoux, notamment à gauche, jusqu'à son accident.
- La société [...] Sàrl a attesté, dans un document non daté, que l'assuré travaillait pour eux depuis mars 2010 et n'avait jamais été absent pour cause de maladie ou d'accident.

Dans son mémoire de réponse, réceptionné par la Cour de céans le 19 décembre 2013, la CNA a conclu au rejet du recours, se fondant notamment sur une nouvelle appréciation d'un de ses médecins

d'arrondissement produite en annexe. Dans ce rapport du 28 octobre 2013, rédigé en allemand puis traduit en français à la demande de la Cour de céans, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu en particulier ce qui suit :

« Pour ce qui me concerne, je ne comprends pas pourquoi les douleurs précitées devraient être consécutives à une inflammation. En effet, il convient de rappeler que la peau du site opératoire n'était ni rouge, ni indurée ; de même, il n'y avait pas de tuméfaction à ce niveau. L'absence de ces signes inflammatoires classiques parle clairement en défaveur d'une telle hypothèse.

Le terme "post-traumatique" auquel recourt le Dr L._____ est utilisé très probablement pour décrire un lien de nature chronologique, dans la mesure où la symptomatologie douloureuse s'est manifestée après l'évènement accidentel. Toutefois, l'on ne peut nullement en conclure que les sensations douloureuses précitées sont consécutives à cet accident.

En outre, le Dr L._____ affirme que l'évolution des troubles de M. K._____ est plutôt évocatrice de douleurs neuropathiques avec allodynie de la région rotulienne. À cet égard, il s'agit d'une simple description de la symptomatologie douloureuse ; de toute manière, l'on ne peut rien en déduire quant à sa cause. En outre, il s'est avéré impossible de démontrer la présence d'une lésion d'un nerf somato-sensitif, ce qui exigé pour que l'on puisse poser le diagnostic de douleur neuropathique [...].

Dans son rapport du 27.06.2013, le Dr P._____ affirme que les troubles de M. K._____ sont en rapport avec l'évènement accidentel de février 2012. Toutefois, cette assertion n'est pas justifiée de manière claire. Le Dr P._____ se contente d'indiquer que l'on n'a pas pu déceler, de manière objective, d'origine intra-articulaire ou cutanée à la symptomatologie douloureuse.

Ma conclusion est la suivante et elle tient compte de la totalité des pièces du dossier mises à disposition : en dépit de nombreuses investigations menées par des spécialistes, la cause des troubles actuels de l'assuré reste indéterminée. En effet, aucun substrat de nature organique n'a pu être mis en évidence.

Par conséquent, les troubles invoqués par M. K._____ ont un lien de causalité possible tout au plus avec l'accident du 13.02.2012.

De ce fait, l'on ne peut postuler l'existence d'un rapport de causalité de vraisemblance prépondérante. »

Dans sa réplique du 10 juin 2014, le recourant a maintenu ses arguments et conclu à ce que la CNA poursuive « les prestations pour perte de gain au profit de Monsieur K._____, ce à partir du 15 juin 2013 et jusqu'au 31 octobre 2013 au moins », réservant l'octroi de prestations

pour atteinte à l'intégrité à partir de cette date. Il a versé en cause plusieurs documents établis par le Dr P. _____ :

- Dans un certificat médical du 4 novembre 2013, ce médecin a attesté une complète incapacité de travail dans l'ancienne profession, les limitations fonctionnelles étant l'incapacité de travailler à genoux, en position accroupie, de monter sur des échafaudages, des échelles ou les escaliers d'une manière répétitive surtout en portant des poids lourds de plus que 20 kg. La marche dans les escaliers ou sur des échafaudages pouvait être exigée, mais sans charge. Tous travaux d'une intensité légère ou moyenne en position assise ou variable, même debout, étaient possibles à plein temps.
- Dans un certificat médical du 28 novembre 2013 adressé aux autorités de chômage, le Dr P. _____ a précisé que cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée existait depuis le 1^{er} novembre 2013.
- Dans un rapport médical du 19 mai 2014, il a posé les diagnostics de chondromalacie rotulienne focale (versant interne) gauche et de douleurs chroniques persistantes dans la cicatrice de la bursectomie pré-rotulienne. Il a notamment exposé ce qui suit :

« L'IRM du 30.08.2012 du genou G montre une lésion cartilagineuse décrite comme focale d'un degré 2 à 3 au niveau du versant interne de la rotule. A noter que le caractère des lésions dégénératives correspond plutôt à des zones de changements dégénératives diffuses et non focalisées/circonscrites.

Dans cette situation, le caractère de cette lésion correspond à mon avis avec une assez haute probabilité (certitude prépondérante) à une lésion traumatique, car les lésions dégénératives présentent normalement un caractère plus diffus, souvent avec une atteinte du versant en face.

Une certitude complète ne peut pas être constatée car il n'existe pas d'IRM avant le traumatisme et le patient n'avait pas de plainte particulière en regard du genou gauche avant l'accident.

Par contre, un traitement chirurgical pour une petite lésion définie comme dans ce cas n'est pas indiqué. »

La CNA s'est déterminée par courrier du 3 juillet 2014. Elle a noté que même si le recourant limitait la reprise du versement des prestations au 31 octobre 2013, cela ne changeait rien au fait que les troubles subsistant au-delà du 15 juin 2013 n'étaient plus dus à l'accident. Se référant à un nouvel avis du Dr H._____, elle a estimé que les rapports du Dr P._____ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ses conclusions, rappelant par ailleurs qu'en tant que médecin traitant, il pouvait être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient.

Dans une nouvelle appréciation du 2 juillet 2014, rédigée en allemand puis traduite en français, le Dr H._____ s'est exprimé comme suit :

« L'IRM du 30.08.2012 mettait en évidence une lésion cartilagineuse focale de la facette rotulienne interne. Dans ce contexte, le Dr P._____ expliquait que les modifications de nature dégénérative avaient un caractère plutôt diffus et qu'elles n'étaient pas circonscrites comme des lésions focales.

Toutefois, dans mon appréciation du 28.10.2013 et je tiens à le souligner, je n'avais pas affirmé que les modifications dont il est fait mention étaient d'origine dégénérative. J'avais simplement fait remarquer que l'on ne décelait pas chez l'assuré de modifications fraîches ou récentes de nature traumatique ; il n'y avait pas d'œdème de la moelle osseuse, en particulier.

À cette époque, le Dr P._____ avait supposé que l'assuré présentait un problème cartilagineux, raison pour laquelle il avait réalisé une infiltration intra-articulaire.

Comme ce geste n'avait entraîné aucune amélioration, le spécialiste avait estimé que les douleurs n'étaient pas d'origine articulaire.

À mon avis, l'arthro-IRM du 26.02.2013 avait montré une fissure cartilagineuse qui était sans rapport avec le traumatisme du 13.02.2012 (notons à ce sujet que le Dr P._____ ne faisait jamais référence à cet examen dans sa dernière lettre) ; en effet, l'on ne devrait plus mettre en évidence de fissure une année après un tel traumatisme, mais plutôt du tissu de réparation fibro-cartilagineux.

En résumé, force est de constater que la lettre du 19.05.2014 émanant du Dr P._____ ne comporte pas de faits nouveaux que nous ne connaissions pas jusqu'ici. De ce fait, je ne vois aucune raison de modifier mon appréciation de chirurgie orthopédique du 28.10.2013. »

Le recourant a par la suite sollicité de nombreuses prolongations de délai au motif qu'il était dans l'attente d'une appréciation médicale de la part d'un spécialiste, qu'il n'a finalement pas obtenue.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 juin 2013. Contrairement à ce que mentionne la CNA dans ses déterminations du 3 juillet 2014, le recourant n'a pas limité sa demande de prise en charge au 31 octobre 2013, celui-ci ayant demandé des prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 31 octobre 2013 au moins (cf. réplique du 10 juin 2014).

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification).

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.

a) Le droit aux prestations suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle (et adéquate). La condition de la causalité naturelle est réalisée 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1).

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 ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). 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 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_696/2014 du 23 novembre 2015 consid. 2.2 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine).

c) 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 plus 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, avec les références). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. En l'occurrence, à la suite de l'accident du 13 février 2012, le recourant a présenté une bursite post-traumatique du genou gauche, qui a nécessité une bursectomie pré-rotulienne en date du 26 mars 2012. S'il a pu reprendre son activité dès le 28 mai 2012, les douleurs rétro-patellaires ont persisté et ont entraîné un nouvel arrêt de travail à partir du 28 août 2012. La CNA a finalement accepté de prendre en charge cette rechute, dans la mesure où les médecins ont suspecté une neuropathie cutanée de la branche rotulienne médiane du nerf saphène nécessitant des examens complémentaires (rapports du Dr P. _____ du 13 novembre 2012, du Dr V. _____ du 20 décembre 2012 et du Dr Z. _____ du 29 janvier 2013).

Malgré les examens effectués, il n'a pas été possible de déterminer l'origine des douleurs et limitations fonctionnelles persistantes dont se plaint le recourant. L'examen ENMG réalisé le 7 mars 2013 dans le cadre du séjour du recourant à la D. _____ n'a notamment pas permis de retrouver d'argument pour une atteinte du nerf sural. Le Dr P. _____ reconnaît qu'il n'a plus rien à proposer au niveau thérapeutique et indique qu'il a adressé le patient à un centre de traitement de douleur (rapport du 27 juin 2013).

Le recourant a alors été vu par le Dr L._____, qui a conclu à des gonalgies gauches ayant clairement une origine inflammatoire et post traumatique, mais sans toutefois apporter aucun élément concret permettant d'étayer sa conclusion (rapport du 17 juillet 2013). Le Dr H._____ relève à cet égard qu'il n'existe aucun signe permettant de conclure à une inflammation (appréciation du 28 octobre 2013). Le Dr L._____ estime par ailleurs que l'évolution montre actuellement des douleurs de type neuropathique avec une allodynie au niveau de la région rotulienne. Comme le relève le Dr H._____ (appréciation du 28 octobre 2013), la présence d'une allodynie ne permet pas d'expliquer l'origine de la douleur. En outre, cette allodynie avait déjà été constatée par les médecins de la D._____, qui avaient alors fait réaliser l'ENMG qui a permis d'exclure la présence d'une atteinte neuropathique. Force est de constater que le Dr L._____ ne se prononce pas sur les résultats de cet examen, dont il n'avait d'ailleurs peut-être pas connaissance puisqu'il ne le mentionne pas.

En ce qui concerne la lésion cartilagineuse focale de la facette rotulienne interne mise en évidence par l'IRM du 30 août 2012, le Dr P._____ estime qu'elle correspond, à un degré de certitude prépondérante, à une lésion traumatique, car les lésions dégénératives présentent normalement un caractère plus diffus, souvent avec une atteinte du versant en face (rapport du 19 mai 2014). De son côté, le Dr Z._____ doute que l'accident du 13 février 2012 soit responsable de la décompensation de la chondropathie rotulienne. Le Dr H._____ n'a, dans un premier temps, pas exclu une origine traumatique à cette atteinte, mais a finalement conclu, compte tenu de l'absence d'amélioration malgré les infiltrations effectuées et au vu de l'arthro-IRM du 26 février 2013, que la fissure constatée ne pouvait pas être d'origine traumatique (appréciation du 2 juillet 2014). Quoi qu'il en soit, il faut constater que le Dr P._____, même s'il admet une origine traumatique à la chondropathie, reconnaît que les douleurs ne sont pas directement d'origine articulaire compte tenu du peu d'amélioration ressentie à la suite de l'infiltration qu'il avait pratiquée (rapport du 21 septembre 2012).

Au final, il faut constater qu'aucun des médecins consultés n'est parvenu à trouver une explication aux douleurs et limitations fonctionnelles persistantes présentées par le recourant. En revanche, plusieurs médecins ont mis en évidence une tendance à l'amplification des plaintes et à l'autolimitation chez le recourant (rapport des médecins de la D. _____ du 11 avril 2013 et du Dr Z. _____ du 4 juin 2013).

Les Drs Z. _____ et H. _____ expliquent de manière motivée et détaillée qu'au vu des éléments objectivables, le lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels est tout au plus possible, mais ne peut pas être établi au stade de la vraisemblance prépondérante. Dans son rapport du 27 juin 2013, le Dr P. _____ estime que les plaintes sont en relation avec l'accident du 13 février 2012, mais base cette conclusion uniquement sur une situation clinique inchangée et localisée dans la zone cicatricielle. Ce faisant, il n'apporte aucun élément médical objectif permettant d'établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, le seul fait que le recourant n'a jamais présenté de problèmes aux genoux auparavant et que ces troubles sont apparus après l'événement du 13 février 2012 ne suffit pas à créer un tel lien de causalité (cf. consid. 3a). La date du 15 juin 2013 fixée par la CNA pour mettre fin à ses prestations en raison d'un *statu quo sine* se trouve en outre dans la période à laquelle les médecins de la D. _____ avaient annoncé la stabilisation de l'état de santé du recourant, à savoir dans les deux à trois mois après leur rapport du 11 avril 2013.

S'agissant du trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive diagnostiqué à l'occasion du séjour à la D. _____, force est de constater qu'un lien de causalité adéquate avec l'accident du 13 février 2012, qui était banal, ne saurait être reconnu, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5).

Au vu de ce qui précède, il faut conclure que les troubles dont se plaint encore le recourant ne sont plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident

du 13 février 2012. La CNA était dès lors fondée à mettre un terme à ses prestations au 15 juin 2013.

5. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 18 juillet 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. Luigi Stampa (pour le recourant),
- 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 :