

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 septembre 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 85 al. 1 LSA ; 4, 61 let. g LPGA ; 36 al. 1 LAA ; 55 al. 1 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait pour la société A. \_\_\_\_\_ à [...]. Par l'intermédiaire de cet employeur, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la W. \_\_\_\_\_ (ci-après : la W. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Selon ses dires, l'assuré aurait été victime d'un accident de la circulation routière le 23 septembre 2011 avec collision à l'arrière alors qu'il se trouvait à l'arrêt. Il aurait souffert de troubles à la nuque et de douleurs au genou gauche. Cependant, aucune annonce de cet accident ne semble avoir été faite, ni auprès de l'employeur, ni auprès de la W. \_\_\_\_\_. Cet accident aurait nécessité trois séances d'ostéopathie pour le genou gauche et le rachis cervical, la symptomatologie douloureuse ayant disparu en l'espace de trois mois.

En date du 1<sup>er</sup> mai 2012, l'assuré a été engagé par la société R. \_\_\_\_\_ en tant que chef de projet informatique à 50%. À ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 11 mai 2012, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de la circulation routière avec une collision à l'arrière. Cet accident a été déclaré auprès de la CNA en date du 18 mars 2013.

Le 14 mai 2012, l'assuré a consulté le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, homéopathe et médecin du sport à [...], en France. Selon le rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du même jour, l'assuré a souffert de douleurs cervicales consécutives au choc survenu le 11 mai. Le médecin a également observé que les douleurs s'étaient installées suite à cet accident et s'aggravaient avec apparition de céphalées comme il est

classique de l'observer dans les cas de « whiplash syndrom » (coup du lapin).

Dans son attestation du 6 juin 2012, l'ostéopathe D. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir traité l'assuré lors d'une première séance d'ostéopathie le 10 mai 2012 en raison de douleurs cervicales intenses présentes depuis un an à la suite du premier accident de voiture, accompagnées depuis peu de céphalées invalidantes et de nausées. La séance d'ostéopathie a instantanément soulagé les symptômes mais les cervicalgies ont toutefois réapparu après l'accident du 11 mai 2012, nécessitant une nouvelle séance le 6 juin 2012. Par ailleurs, D. \_\_\_\_\_ a fait état de douleurs au niveau du genou gauche provoquées par le choc contre le tableau de bord, lesquelles ont été travaillées durant la séance.

Suite à cet accident, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a prescrit à l'assuré de la physiothérapie à une fréquence de deux séances par semaine pendant six mois. Bien que mis en incapacité de travail par le Dr C. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_ a poursuivi son activité professionnelle.

Le 7 septembre 2012, l'assuré a, pour la troisième fois, été impliqué dans un accident de la circulation routière. Il ressort du constat amiable d'accident automobile produit par l'assuré que ce dernier, alors qu'il se trouvait à l'arrêt à la douane, a été percuté par l'arrière. Le rapport d'expertise réalisé par le F. \_\_\_\_\_ à [...], en France, évoque un choc d'une intensité légère.

Le Dr C. \_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré le 8 septembre 2012, a constaté dans son attestation du même jour une raideur douloureuse du cou avec nausées et céphalées (« whiplash syndrom ») ainsi qu'une réaction inflammatoire du genou gauche qui avait manifestement subi un choc frontal. L'assuré a été mis en incapacité de travail pendant quinze jours.

La déclaration de sinistre a été envoyée à la W.\_\_\_\_\_, nouvel assureur en cas d'accidents de R.\_\_\_\_\_, en date du 10 septembre 2012. Selon ce document, les parties du corps atteintes étaient le cou et le genou.

Un examen radiologique effectué le S.\_\_\_\_\_, médecin en radiologie à [...], en France, a notamment permis de constater que l'assuré ne souffrait d'aucune lésion osseuse traumatique du rachis cervical et que les articulations C1-C2 étaient normales. S'agissant du genou gauche, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique ni d'épanchement articulaire. Elle a en outre constaté que l'interligne articulaire fémoro-tibial et l'interligne fémoro-patellaire étaient normaux et que les condyles étaient harmonieux.

La W.\_\_\_\_\_ a pris en charge les frais de traitement relatifs à ce troisième accident et a versé des indemnités journalières à l'assuré pour une incapacité de travail de 100 % du 10 septembre au 23 septembre 2012.

Le 31 décembre 2012, le contrat de travail de l'assuré auprès de R.\_\_\_\_\_ a pris fin. Q.\_\_\_\_\_ a ensuite débuté une nouvelle activité professionnelle auprès de M.\_\_\_\_\_, en tant que responsable de formation pour les projets informatiques.

Par certificat médical du 5 mars 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné et soigné l'assuré à plusieurs reprises suite à un accident survenu le vendredi 7 septembre 2012 ayant occasionné des douleurs et une raideur cervicale ainsi que des douleurs au genou gauche. L'interrogatoire et l'examen clinique montraient que la situation n'était pas stabilisée et que l'état fonctionnel du genou était encore insatisfaisant, empêchant en particulier les activités sportives que l'assuré pratiquait auparavant. Le Dr C.\_\_\_\_\_ ajoutait que les séances de kinésithérapie avaient partiellement amélioré les symptômes et qu'elles devaient être poursuivies.

Il ressort des entretiens des 6 et 8 mars 2013 entre Q. \_\_\_\_\_ et la W. \_\_\_\_\_ qu'à ce moment-là, les douleurs de l'assuré au cou allaient mieux, bien que ce dernier ait constaté la présence de douleurs résiduelles. Il déclarait cependant avoir arrêté le traitement. En revanche, le traitement du genou gauche se poursuivait par le biais de physiothérapie, étant précisé que selon l'assuré, la douleur au genou était cette fois-ci plus importante que lors du dernier accident.

Le 26 mars 2013, la W. \_\_\_\_\_ a reçu un certificat médical daté du 23 septembre 2011 [sic], soit le jour du premier accident, attestant du fait que le Dr C. \_\_\_\_\_ avait dû effectuer une séance d'ostéopathie en raison d'un coup du lapin « survenu dans les semaines précédent[e]s ».

Le 23 mai 2013, le Dr G. \_\_\_\_\_, radiologue à [...], en France, a pratiqué une radiographie du genou gauche ainsi qu'une arthrographie. Ces examens ont permis de révéler l'intégrité des structures osseuses sans image d'allure traumatique, un pincement latéral du compartiment fémoro-tibial externe, un aspect préservé des autres espaces articulaires et une absence de signe d'épanchement, un aspect normal des récessi articulaires ainsi qu'une opacification partielle d'une bourse synoviale du creux poplité. Aucune prise de contraste n'a en outre été identifiée au niveau des cartilages de recouvrement articulaire.

Dans son rapport du 24 mai 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et en traumatologie du sport à [...], en France, a estimé que le bilan iconographique effectué n'était pas très inquiétant et qu'il désignait des signes de chondropathies. Il a ajouté qu'à l'examen clinique, il s'agissait d'un syndrome rotulien typique avec douleur à la manœuvre de Zollen, une raideur du quadriceps et des ischio-jambiers. Il a conseillé de faire une rééducation douce et proscrit toute musculation, qui ne ferait qu'aggraver le problème. Selon ce médecin, les choses devaient s'arranger, même s'il était probable que l'assuré garderait des séquelles douloureuses de ce traumatisme du cartilage.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013, la W. \_\_\_\_\_ a soumis le cas de l'assuré à son médecin conseil, le Dr N. \_\_\_\_\_. Ce dernier a considéré que l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ quant à l'existence d'une atteinte cartilagineuse ne pouvait être partagée dans la mesure où elle n'était pas démontrée radiologiquement. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a jugé qu'il pouvait s'agir d'un possible syndrome rotulien sans lésion objectivable. Ce médecin a enfin estimé qu'après plus de dix mois depuis l'accident, la poursuite de la rééducation ne se justifiait plus et qu'elle n'allait pas apporter de sensible amélioration de la symptomatologie.

Par courriel du 8 juillet 2013, l'intimée a communiqué la position du Dr N. \_\_\_\_\_ à l'assuré. Elle lui a indiqué que selon le médecin-conseil, la rééducation n'allait pas améliorer d'avantage la symptomatologie douloureuse actuelle. Elle a ajouté qu'en assurance-accidents, le traitement médical n'était pris en charge que tant qu'il était de nature à apporter une sensible amélioration. L'intimée a donc informé l'assuré que dès à présent, la W. \_\_\_\_\_ n'interviendrait plus pour les frais relatifs à la rééducation. Elle a cependant accepté de prendre en charge les consultations ponctuelles (une fois chaque deux ou trois mois) ainsi que les médicaments antalgiques jusqu'à la fin de l'année 2013, au terme de laquelle un point de la situation serait fait.

Le 22 août 2013, J. \_\_\_\_\_, masseur diplômé et posturologue à [...], a indiqué dans son rapport de consultation du même jour que les chocs répétés dus aux accidents de la circulation de l'assuré avaient péjoré la déficience du système tonique postural, occasionnant une hypoconvergence sur l'œil droit ayant pour conséquence que les centres supérieurs compensaient sur les membres inférieurs. Ainsi, cette situation conduisait à une hypersollicitation musculaire des muscles jambiers provoquant des douleurs de genoux, dorsales et cervicales invalidantes. J. \_\_\_\_\_ relevait cependant qu'après la correction des différents capteurs du système tonique postural et de la mise en place de semelles, le bilan s'était nettement amélioré.

Par courrier du 29 septembre 2013, l'assuré a informé la W.\_\_\_\_\_ qu'en raison de douleurs persistantes au genou gauche, il comptait se faire opérer.

Interpellé une nouvelle fois, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué dans sa détermination du 3 octobre 2013 que l'assuré présentait un syndrome rotulien sans rapport avec l'accident, que cet état n'avait pas été aggravé par les accidents successifs qu'il avait eus et que chaque accident avait eu un effet limité dans le temps. Il a également rappelé que l'arthrographie du 23 mai 2013 n'avait pas révélé de lésion des cartilages. Il a dès lors conclu qu'à plus d'une année après le dernier accident, qui n'avait pas causé de lésion objectivée, le traitement médical ne se justifiait plus par les suites de l'accident.

Par courriel du 3 octobre 2013, l'intimée a communiqué à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge de son cas avec effet immédiat. Elle lui a expliqué que le Dr N.\_\_\_\_\_ était d'avis que les troubles actuels ne s'expliquaient plus par les accidents successifs, lesquels n'avaient pas entraîné de lésion osseuse, articulaire, ligamentaire, etc., et qu'il souffrait d'un syndrome rotulien sans rapport avec lesdits accidents. Ainsi, le traitement actuel n'était plus en rapport avec les suites des accidents précités.

Lors d'un entretien téléphonique du 7 octobre 2013, l'assuré a fait part à l'intimée de son désaccord quant à sa prise de position du 3 octobre 2013.

Un expert a alors été mandaté en la personne du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (ci-après : l'expert). Dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2013, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

1. Contusion du genou gauche en phase de status post avec lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec

l'événement du 7 septembre 2012 sans incidence sur la capacité de travail ;

2. Chondropathie rotulienne gauche en phase stabilisée sans lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec l'événement du 7 septembre 2012 (mais en lien de causalité vraisemblable avec l'accident de mai 2012) sans incidence sur la capacité de travail ;
3. Whiplash injury ou traumatisme cranio-cervical en extension-flexion en phase de status post avec lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec l'événement du 7 septembre 2012 sans incidence sur la capacité de travail ;
4. Migraine en phase stabilisée sans lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec l'événement du 7 septembre 2012 sans incidence sur la capacité de travail.

En ce qui concerne la problématique du genou, l'expert explique ce qui suit :

« On peut donc penser qu'à la suite des deux premiers accidents et notamment du deuxième, le cartilage rotulien avait souffert et avait pris une consistance un peu «...ramollie ». C'est ce qu'on appelle une chondropathie oedémateuse, laquelle peut mettre de très nombreux mois, voire des années à disparaître. Il ne s'agit pas d'une lésion grave fissuraire ou ulcérée dans la mesure où aucun examen complémentaire n'a pu mettre en évidence un signe anormal au niveau du cartilage rotulien. La contusion du genou gauche par le tableau de bord, lors de l'évènement du 7 septembre 2012 a seulement accentué provisoirement les douleurs liées à cette lésion préexistante.

La causalité pour cette chondropathie rotulienne gauche est donc non donnée avec l'accident du 7 septembre 2012, l'atteinte étant due à l'évènement de mai 2012, comme attesté par la persistance des douleurs rotuliennes après l'évènement, justifiant la poursuite de la physiothérapie laquelle était en cours au moment de l'évènement du 7 septembre 2012. »

S'agissant des signes cliniques et paracliniques principaux, l'expert a relevé ce qui suit :

« Il n'existe plus de signes objectivables en rapport avec la contusion du genou gauche ayant fait suite à l'accident du 7 septembre 2012. Les signes cliniques actuels sont en lien avec la chondropathie rotulienne gauche. Ils sont essentiellement représentés par une petite diminution de la flexion du genou gauche de l'ordre de 10°, par une palpation douloureuse des facettes cartilagineuses rotuliennes, avec un test de SMILIE positif, ainsi que par une douleur lors du test de Mc MURRAY sans qu'il n'y ait aucun autre signe évocateur d'une lésion méniscale.

Sur le plan des examens paracliniques, les radiographies, l'arthrographie et l'IRM n'ont montré aucun signe de lésions intra-articulaires, notamment cartilagineuse.

Au niveau du rachis cervical, l'examen clinique et neurologique est tout à fait normal. Les différents examens radiographiques pratiqués ne montrent aucun signe d'entorse grave et sur le plan clinique, la mobilité est strictement normale dans les différents secteurs. On ne retrouve aucun signe anormal à l'examen neurologique et aucun signe déficitaire au niveau des membres supérieurs. »

S'agissant de l'état actuel de l'assuré ainsi que de l'évolution prévisible, le Dr P. \_\_\_\_\_ s'est prononcé comme suit :

« Concernant le genou gauche, l'évolution est allée vers le statu quo ante un mois après l'évènement du 7 septembre 2012, soit le 7 octobre de la même année. En effet, la contusion est survenue sur un état antérieur représenté par une chondropathie oedémateuse rotulienne, laquelle peut mettre encore de nombreux mois à rentrer dans l'ordre. Il est vivement conseillé à Monsieur Q. \_\_\_\_\_ de perdre du poids, car cette surcharge pondérale entraîne une augmentation des pressions au niveau du cartilage rotulien. Par ailleurs, aucun traitement chirurgical n'est conseillé. La physiothérapie peut être arrêtée et l'expert conseille la pratique de la natation sans palme, notamment les battements de pieds sur le dos et sur le ventre.

En ce qui concerne une éventuelle arthroscopie qui confirmerait le diagnostic de chondropathie oedémateuse, elle n'est pas recommandée car l'examen clinique est très rassurant. De plus, les zones précises des douleurs au niveau du genou gauche sont un peu variables selon le moment de l'examen et également variables en intensité. Il existe par ailleurs des signes discordants tant lors du remplissage des auto-questionnaires que lors de l'examen où l'on retrouve une douleur du tendon rotulien et une douleur sur les tendons de la patte-d'oie, ce qui est contradictoire avec un choc frontal rotulien direct sur le tableau de bord. Ce contexte de majoration déconseille toute intervention chirurgicale sur ce genou gauche, lequel est sans particularité sur le plan clinique.

En ce qui concerne le rachis cervical, il s'agit d'une entorse bénigne survenue sur un état antérieur représenté également par deux entorses en septembre 2011 et en mai 2012. L'évolution est allée vers la guérison un mois après l'évènement du 7 septembre 2012, soit le 7 octobre de la même année. La migraine va évoluer vers un état stationnaire.

[...]

Les conséquences de l'accident peuvent être considérées comme éteintes sur le plan somatique.

[...]

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité tant au niveau du genou que du rachis cervical, le statu quo ante pouvant être retenu [retenu] au 7 octobre 2012, car il s'agit d'une contusion bénigne du genou et d'une entorse bénigne du rachis cervical. »

À la suite de cette expertise, l'assuré a consulté le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, afin d'obtenir son avis sur l'expertise réalisée par le Dr P.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 17 décembre 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- « 1. Status post contusion récidivante du genou gauche sur accidents répétés de la voie publique.
2. Status post coup du lapin avec dysfonction intervertébrale séquellaire.
3. Dysfonction sacro-iliaque droite séquellaire.
4. Conflit labral symptomatique avec syndrome du pyramidal gauche.
5. Dysbalance musculaire avec
  - a. Bascule antérieure du bassin
  - b. Conflit lombaire
  - c. Syndrome rotulien gauche séquellaire invalidant
6. Trouble statique avec
  - a. Pieds effondrés
  - b. Léger genua valga
  - c. Discrète inégalité des membres inférieurs en défaveur de la droite
7. Surcharge pondérale avec BMI à 29. »

Il résultait en outre de son rapport ce qui suit :

« Genou gauche : L'évaluation concernant l'atteinte rotulienne paraît tout à fait pertinente, puisqu'à la suite des 3 accidents, nous

avons une relation de cause à effet qui semble démontrée, entre les impacts répétés sous forme de choc axial sur les rotules, et les symptômes éprouvés. La notion de chondropathie oedémateuse doit être gardée à l'avant du tableau. Dans ce cas de figure, l'anamnèse prise auprès du patient ne permet pas d'objectiver un vrai travail en physiothérapie de type lissage des rotules, et renforcement des antagonistes, ce qui est étonnant, puisque ce patient présente par-dessus le marché une dysbalance musculaire avec bascule antérieure du bassin et conflit lombaire. On devrait donc non seulement insister sur le stretching de ses quadriceps contractés et raccourcis, entre autre comme réaction antalgique, mais également sur un important gainage et un travail des ischio-jambiers, en plus du travail local préconisé pour ce type d'atteinte de rotule... Je ne peux donc que recommander une nouvelle évaluation en physiothérapie chez un physiothérapeute particulièrement au clair sur la biomécanique à l'effort..

Cervicalgie : Il semble que le traitement d'ostéopathie qui a été instauré a permis d'améliorer une partie des symptômes à ce niveau, mais il subsiste encore un terrain exacerbé de migraines typiques (épisodes d'hémicrânes bien décrites par le patient, à droite, l'obligeant à rester dans le noir durant quelques heures jusqu'à résolution de la crise...). Il subsiste néanmoins quelques dysfonctions intervertébrales qui pourraient à nouveau être prises en charge par un ostéopathe expérimenté le cas échéant.

Pelvis : On observe clairement une atteinte sur le pelvis, très probablement consécutive au choc, puisqu'un impact axial d'un genou sur le tableau de bord lors d'un choc à haute énergie va s'épuiser par contrecoup sur l'anneau pelvien, ce qui permet de comprendre l'importante dysfonction sacro-iliaque droite révélée ce jour et très probablement le conflit labral sur une contusion du labrum. Je proposerais donc une évaluation non seulement du rachis lombaire par IRM, mais une prise en charge d'ostéopathie au niveau de la sacro-iliaque droite, et éventuellement discuter une arthro-IRM de la hanche gauche, puisqu'il semble que malgré les nombreuses plaintes du patient et les examens cliniques positifs, aucun bilan n'ait été demandé à ce niveau. Or nous savons tous qu'une pathologie de la hanche peut s'exacerber sous forme d'une douleur au genou... et le patient décrit bien des irradiations vers la hanche de manière régulière. L'épreuve clinique sur le labrum est en tout cas claire de même que celle de la sacro-iliaque droite.

En définitive, le bilan postural qui a été pratiqué semble tout à fait pertinent, et correspond aux découvertes que j'ai pu établir cliniquement à ma consultation. Je ne peux que proposer une prise en charge et une considération de ce bilan qui n'a visiblement pas été relevé de manière curieuse lors de l'expertise...

En complément, nous pouvons ajouter :

[...]

Que ni la charnière lombo-sacrée, ni les sacro-iliaques ou la hanche gauche n'ont été vraiment explorées, alors qu'il est clair que dans un trauma axial à haute énergie, on peut clairement penser que

l'impact ne s'épuise pas uniquement au niveau rotulien, mais par contrecoup sur d'autres éléments (en témoigne le coup du lapin); ce qui nous permet clairement de penser qu'il faut compléter les investigations sur les autres éléments touchés. »

Invité à donner son avis sur le rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est prononcé le 5 février 2014 comme suit :

« En ce qui concerne la pathologie du genou gauche, mon expertise du 4 novembre 2013 a permis de mettre en évidence une chondropathie rotulienne gauche.

Cette chondropathie ne retrouve pas de lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2012, mais comme je l'ai expliqué dans mon rapport, elle était préexistante et favorisée par les deux premiers accidents de septembre 2011 et de mai 2012, lesquels ont engendré une souffrance cartilagineuse occasionnant une consistance « *...un peu ramollie* ».

Je l'ai signalé dans mon rapport que cet aspect de chondropathie oedémateuse peut mettre de très nombreux mois, voire des années, à disparaître.

Ceci peut donc expliquer la persistance des douleurs qui ont contraint l'assuré à stopper l'aïkido, mais aussi la pratique du jogging deux fois par semaine.

En ce qui concerne la rééducation, comme je l'ai signalé dans mon rapport, elle n'est que très peu efficace dans la symptomatologie. C'est ce que mentionnait également mon Confrère, le Docteur C.\_\_\_\_\_, médecine générale, médecine appliquée aux sports et homéopathie, dans son rapport de mars 2013, lequel signalait que l'amélioration n'avait été que partielle. La physiothérapie a fait preuve de son inefficacité et c'est dans ce sens qu'elle n'est pas conseillée.

J'ai également examiné attentivement le rapport du Docteur V.\_\_\_\_\_, médecine interne et médecine du sport, en date du 17 décembre 2013. Le praticien évoquait le diagnostic de syndrome rotulien gauche. A ce niveau, on rappellera qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic lésionnel, mais comme son nom l'indique, d'un syndrome. Celui-ci fait toujours appel à la recherche d'une lésion organique sous-jacente et c'est ce que je faisais ressortir dans mon rapport, dans le sens où il s'agissait d'une chondropathie rotulienne.

L'évaluation complémentaire du Docteur V.\_\_\_\_\_ met également en avant l'existence d'un trouble statique associant des pieds effondrés, un genu valga et une discrète inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite. A ce sujet, on notera que le trouble statique est un diagnostic purement fonctionnel et non lésionnel. En effet, il s'agit d'une variation morphologique que l'on peut avoir dans la courbe de GAUSS de la population, mais qu'il ne s'agit en rien d'une pathologie.

Pour ma part, je n'ai pas retenu de valgus évident au niveau de l'axe globale des membres inférieurs, ni d'effondrement du pied. Je n'ai pas non plus retrouvé de bascule du bassin lors de mon examen.

Par ailleurs, l'évaluation du Docteur V. \_\_\_\_\_ mentionne une dysfonction sacro-iliaque droite, avec un conflit labral gauche symptomatique. En ce qui concerne la dysfonction sacro-iliaque droite, décrite comme claire et fulgurante, j'imagine qu'il mentionne donc la présence d'une douleur à la pression de la sacro-iliaque, notamment au niveau du ligament périarticulaire. A ce niveau, il faut signaler que les tests sont extrêmement subjectifs puisqu'ils font appel aux ressentis douloureux de l'intéressé. Il ne s'agit pas de tests objectifs. Outre ce signe, de la même façon, tous les tests des sacro-iliaques, tels que le test du trépied et le test de FABER, sont également des tests très subjectifs, faisant ainsi appel aux ressentis douloureux de l'exploré.

Il existe également des tests complémentaires tels que les tests de mobilités, lesquels peuvent montrer une restriction en flexion et en abduction, mais là aussi qui font appel aux ressentis de la personne examinée.

J'aimerais également revenir sur le lien que fait le Docteur V. \_\_\_\_\_, médecine interne et médecine du sport, entre la dysfonction sacro-iliaque droite et un conflit labral gauche symptomatique. Au sens purement médical et scientifique du terme, un conflit labral n'existe pas. On parle davantage d'une lésion du labrum qui se situe au niveau de la hanche. Il s'agit soit d'un conflit fémoro-acétabulaire ou d'une lésion labrale à proprement parler. En cela, on ne comprend pas comment, si le praticien veut réellement parler d'une lésion labrale gauche, il pourrait y avoir un rapport avec la sacro-iliaque droite.

D'un point de vue clinique, les lésions labrales se manifestent essentiellement sur un terrain extrêmement sportif ou sur une coxarthrose sous-jacente et retrouvent une douleur inguinale spontanée avec, à l'examen clinique, un claquement et un ressaut, ce qui n'a été décrit ni dans l'examen du Docteur V. \_\_\_\_\_, ni dans l'examen de la hanche gauche que j'ai effectué et que je n'ai, pour ma part, absolument pas retrouvé. Lors de mon examen, il n'y avait pas non plus de douleur en flexion-abduction-rotation externe pouvant évoquer une lésion labrale, laquelle, on le rappelle, ne survient jamais sur un terrain sous-jacent tel que décrit chez l'investigué.

En revanche, je rejoins l'avis du Docteur V. \_\_\_\_\_, sur le fait que dans une suspicion d'une pathologie labrale, il faille réaliser une arthro-IRM. Toutefois, dans le cas présent de l'examiné, il n'y avait aucun élément en faveur d'une telle lésion amenant à investiguer plus avant. Je rajouterai également qu'il n'y a pas de lien possible entre une pathologie sacro-iliaque et une lésion du labrum controlatéral. De plus, selon le médecin, un traumatisme axial à haute énergie génère un impact ne s'épuisant pas uniquement au niveau rotulien. Un traumatisme violent du genou par tableau de bord peut, en effet, entraîner des lésions de la hanche puisque l'on voit parfois des luxations de hanche ou des fractures de paroi postérieure du cotyle. Mais dans le cas présent, la notion de « ... *haute énergie* » se doit d'être largement revue à la baisse au vu des descriptions de l'événement et de la vitesse relative des véhicules sur la base de la description des faits et conséquences mécaniques.

On note dans le rapport du praticien un signe du pyramidal gauche sentinelle. Ce signe du pyramidal gauche se manifestant sous forme d'une contracture du pyramidal, soit à l'examen clinique avec la

perception d'une sorte de « . . *boudin douloureux* » allant du sacrum au grand trochanter, est toujours satellite d'une pathologie sous-jacente, mais n'est jamais une pathologie isolée à proprement parler.

En effet, il s'agit davantage d'un syndrome que d'une pathologie. On retrouve cela dans les immobilisations prolongées, lesquelles entraînent des rétractions des chaînes musculaires postérieures avec acquisition de positions vicieuses. Lors de mon examen clinique, il n'y avait en aucun cas de telles rétractions tendineuses, ni de douleurs de la fesse ressenties lors de la rotation interne de la hanche gauche pouvant évoquer un tel diagnostic.

Enfin, le Docteur V. \_\_\_\_\_, médecine interne et médecine du sport, mentionne une dysfonction intervertébrale cervicale, qui n'est pas là encore un diagnostic lésionnel à proprement parler, car il n'y a pas de preuves, tant radiologiques que cliniques, de l'existence d'une lésion sous-jacente. Il s'agit davantage du domaine fonctionnel que du domaine lésionnel.

D'un point de vue lésionnel, c'est ce dont je parle dans mon rapport, lorsque j'évoque une entorse cervicale bénigne. En effet, bien qu'on ne retrouve pas d'hématomes des parties molles préarachidiennes, ni de cyphose discale, ni d'antélisthésis, ni de bâillement articulaire, ni d'écart interépineux ou de fracture-tassement somatique, ces entorses bénignes correspondent à une distension ligamentaire sans déstabilisation de l'étage intervertébral atteint.

Par ailleurs, j'ai relevé attentivement dans le courrier de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ qu'il se plaignait de migraines, mais là encore, on signale qu'il existait des céphalées rapportées antérieurement à l'accident du 7 septembre 2012 puisque des céphalées étaient rapportées en mai, puis en juin de la même année. Il s'agit donc d'un état antérieur sans aucun lien de causalité avec l'accident susmentionné. Ce diagnostic est actuellement au stade stabilisé, puisque les douleurs ne nécessitent pas de prises d'antalgiques. »

**B.** Par décision du 25 mars 2014, la W. \_\_\_\_\_ a formellement mis fin aux prestations d'assurance relevant de la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) avec effet au 3 octobre 2013. En substance, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_, selon lesquelles les douleurs au genou gauche résultent d'une chondropathie oedémateuse, soit une séquelle de l'accident du 11 mai 2012, qui ressort de la compétence de la CNA, et non pas de celui du 7 septembre 2012. La W. \_\_\_\_\_ a également rappelé que l'expert ne proposait pas de thérapie médicale supplémentaire, qu'il avait relevé l'inefficacité de la rééducation déjà effectuée et qu'il déconseillait l'option d'une arthroscopie. Cette décision a également été notifiée à la CNA, qui n'a pas fait opposition.

Par courrier du 22 avril 2014, l'assuré a formé opposition à la décision de la W.\_\_\_\_\_. À l'appui de cette opposition, l'assuré a notamment invoqué que le genou gauche ne devait pas être le seul à être pris en compte mais qu'il convenait au contraire d'élargir le champ d'investigation du fait de ses douleurs irradiant du genou à la hanche. Q.\_\_\_\_\_ a en outre relaté les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne et le fait que ses migraines avaient connu une recrudescence depuis le troisième accident. Il s'est enfin référé au rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ afin de requérir une nouvelle évaluation en physiothérapie, une arthro-IRM de la hanche gauche ainsi que la prise en charge des douleurs de la nuque par un ostéopathe.

L'assuré a ensuite consulté le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 19 juin 2014, ce dernier a notamment relevé ce qui suit :

« Après le dernier accident, il [l'assuré] a bénéficié de multiples traitements de physiothérapie pendant 6 à 7 mois, d'ostéopathie, de stretching, de tentative de traitement de la posture, de port de semelle. Il a même porté des aimants. Les douleurs de rotule ont disparu mais, maintenant, elles ont été remplacées par des douleurs dans la région de la patte d'oie et dans la région trochantérienne irradiant sur le fascia-lata.

A l'examen clinique, hanche libre et indolore au niveau du pli inguinal par contre, nette douleur à la palpation du grand et du moyen fessier sur la région trochantérienne. Pas de douleur en tant que telles sur le fascia-lata. Légère sensibilité de celui-ci en regard du condyle externe sans plus. Genou siège d'un petit épanchement articulaire, stable dans tous les plans. Mobilité complète. Par contre, très net signe clinique de tendinite de la patte d'oie à son insertion sur le tibia également.

Les radiographies standard sont sans particularité, et la dernière IRM également. Aucune lésion anatomique descellée.

[...]

M. Q.\_\_\_\_\_ présente les conséquences d'un traitement hyper intensif et désorganisé de son genou ayant généré maintenant une pathologie de tendinite de la patte d'oie, peut-être un début de syndrome de l'essuie-glace ou syndrome d'irritation de la bandelette ilio-tibiale et une tendinite d'insertion des fessiers sur le trochanter. Il devient urgent d'arrêter tout traitement physique et de faire un traitement adéquat des tendinites qu'il a développées. Pour cela, j'ai le plaisir de l'adresser au Dr T.\_\_\_\_\_ pour une prise en charge

globale et qui doit consister essentiellement, à mon avis, en des infiltrations de Diprophos sur les tendons douloureux et un repos complet pour les activités douloureuses afin qu'il sorte du cercle vicieux dans lequel il a été installé. Sur le plan asséculo-logique, ce traitement de tendinite devrait être supporté par son assurance accident puisqu'il s'agit d'une complication du traitement qui a été appliqué pour traiter la rotule. »

Par décision sur opposition du 11 juillet 2014, l'intimée a confirmé sa décision du 25 mars 2014. Elle s'est notamment référée au rapport d'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ du 19 novembre 2013 ainsi qu'à la prise de position de cet expert suite au rapport médical du Dr V. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2013. En substance, l'intimée a relevé qu'aucune séquelle objectivable du genou n'avait été trouvée par les Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, ce dernier mentionnant au demeurant que les douleurs de la rotule avaient entre-temps disparu pour être remplacées par une tendinite de la patte d'oie, un diagnostic d'origine malade. La W. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué que contrairement au Dr V. \_\_\_\_\_, qui postulait une reprise de la rééducation, le Dr B. \_\_\_\_\_ mettait en garde contre tout autre traitement physique compte tenu du nombre de traitements (inefficaces) que l'assuré avait déjà subis. Quant aux migraines, l'intimée a relevé qu'il s'agissait d'un état préexistant dont l'assuré s'était plaint avant le troisième accident. Dans ces conditions, la W. \_\_\_\_\_ a jugé qu'il n'existait pas de rapport de causalité entre les séquelles dont se plaignait l'assuré et l'accident du 7 septembre 2012.

**C.** Par acte du 8 septembre 2014, Q. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition en concluant à la prise en charge des frais suivants :

1. Les séances d'ostéopathie pour les cervicales à venir et ce jusqu'à la stabilisation de la situation au niveau médical ;
2. Les activités médicales à venir liées à l'infiltration de Diprophos, ou toute substance permettant de résorber la tendinite de la patte d'oie, et ce jusqu'à stabilisation de la situation au niveau médical ;
3. Le remboursement du bilan postural déjà effectué pour CHF 900 ;

4. Une compensation financière ou prise en charge d'une assurance complémentaire ;
5. Une compensation financière pour l'énergie consacrée à défendre ce dossier.

En substance, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte du bilan postural réalisé par J.\_\_\_\_\_, tant sur le plan financier que médical. Il estime également que l'intimée devrait prendre en charge le traitement d'ostéopathie afin d'alléger les migraines dont il souffre encore actuellement, puisqu'il n'était pas sujet à des migraines auparavant. S'agissant des douleurs au genou gauche, Q.\_\_\_\_\_ explique que celles-ci irradient à présent dans toute la jambe, indiquant la présence d'une tendinite de la patte d'oie selon le Dr B.\_\_\_\_\_. Par conséquent, il demande que l'intimée prenne en charge le traitement de cette tendinite. Pour terminer, le recourant fait part de ses difficultés dans sa vie quotidienne ainsi que du refus de son assureur-maladie de lui fournir des prestations d'assurance-complémentaire tant que le traitement lié aux douleurs du genou n'est pas terminé.

Dans sa réponse du 27 octobre 2014, la W.\_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours. Elle conteste tout d'abord devoir prendre en charge les frais relatifs au bilan postural établi par J.\_\_\_\_\_, dès lors qu'il s'agit de prestations qui ne sont pas couvertes par la LAA. S'agissant des douleurs à la nuque et au genou gauche, l'intimée conteste les explications du recourant, se référant à l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_. Elle relève notamment que selon l'expert, l'entorse subie lors de l'accident du 7 octobre [recte : septembre] 2012 a été bénigne et le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint un mois après l'événement, soit le 7 octobre 2012. Quant à la chondropathie du genou gauche, la W.\_\_\_\_\_ rappelle qu'à dire d'expert, cette affection n'est pas en lien de causalité avec l'accident et que le statu quo ante avait été atteint un mois après le traumatisme, soit le 7 octobre 2012.

Le recourant maintient ses conclusions dans sa réplique du 9 novembre 2014. Il allègue que l'intimée n'aurait pas pris en compte les

propositions médicales émises par les Drs V.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, ainsi que par J.\_\_\_\_\_. Citant certains passages des rapports médicaux des médecins susmentionnés et du rapport de consultation de J.\_\_\_\_\_, il en déduit que ses douleurs n'étaient pas « éteintes » comme le mentionnerait l'intimée. De surcroît, le recourant détaille une nouvelle fois les difficultés rencontrées avec son assurance-maladie, laquelle refuserait de l'assurer à titre facultatif en raison de sa problématique actuelle du genou. Le recourant se dit également surpris que l'expert ait jugé que les diagnostics posés étaient sans incidence sur sa capacité de travail puisqu'il devait parfois rester jusqu'à sept heures debout, engendrant des douleurs réelles.

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> décembre 2014, la W.\_\_\_\_\_ confirme ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le recourant dépose des déterminations le 28 juin 2015. Il reprend l'essentiel de ses conclusions, chiffrant de manière plus précise sa conclusion en paiement en ce sens qu'il réclame le remboursement de 1'086 fr. 60 correspondant aux frais du bilan postural réalisé par J.\_\_\_\_\_ pour 900 fr. et de la consultation du Dr B.\_\_\_\_\_ à hauteur de 186 fr. 60.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - auprès du tribunal compétent ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier des prestations de l'intimée (prise en charge des frais médicaux et de traitement) pour les éventuelles suites de l'événement du 7 septembre 2012, et ce à partir du 3 octobre 2013, date à laquelle la W.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations (conclusions 1 à 3). Le recourant conclut également à l'octroi d'une compensation financière ou à une prise en charge d'une assurance complémentaire car la conclusion d'une telle assurance lui est refusée par son assureur-maladie (conclusion 4) ainsi qu'à une compensation financière pour l'énergie consacrée à défendre ce dossier au cours des deux dernières années (conclusion 5).

Or, en premier lieu, il convient de relever que l'intimée n'a pas statué, et n'avait d'ailleurs pas à le faire, sur les prestations à allouer par une éventuelle assurance complémentaire que le recourant aurait souscrite.

Au demeurant, la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur les litiges dans le domaine des assurances privées. En effet, le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés relèvent de la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance, RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique.

La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une compensation financière ou à la prise en charge d'une assurance complémentaire relève de la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS. 221.229.1). Portant ainsi sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie, cette conclusion est donc de toute manière soumise au droit privé et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal], RS 832.10 ; cf. art. 12 al. 2 et 3 LAMal). Elle est par conséquent irrecevable.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement

médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2; 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 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 accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert 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, l'administration ou le 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).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 126 V 353 consid. 5b; 117 V 359 consid. 4a; 117 V 369 consid. 3a).

**b)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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.

Cependant, 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 ou 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 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 (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

**4.** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de 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 et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et la référence citée).

**5. a)** En l'espèce, se fondant essentiellement sur l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, l'intimée a considéré qu'il ne subsistait pas de séquelles objectivables de l'événement du 7 septembre 2012, raison pour laquelle elle a nié le droit aux prestations au-delà du 2 octobre 2013.

En premier lieu, la Cour de céans constate que pour réaliser son expertise, le Dr W.\_\_\_\_\_ a effectué une série d'exams approfondis et que ses résultats sont tout à fait convaincants. Les conclusions de ce médecin sont très bien motivées, son avis ne contient pas de contradiction et aucun indice concret ne permet de remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Ainsi, cette expertise est probante et correspond aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière.

Quant au rapport complémentaire du 5 février 2014, il répond de manière convaincante aux objections du Dr V.\_\_\_\_\_. En particulier, le Dr P.\_\_\_\_\_ explique de façon claire que le syndrome rotulien retenu par le Dr V.\_\_\_\_\_ n'est pas un diagnostic lésionnel mais, comme son nom l'indique, un syndrome, qui fait appel à la recherche d'une lésion organique sous-jacente, en l'occurrence une chondropathie rotulienne. Il en va de même du trouble statique, qui n'est pas non plus un diagnostic lésionnel mais purement fonctionnel et qui ne constitue pas une pathologie. S'agissant de la dysfonction sacro-illiaque droite avec un

conflit labral gauche symptomatique diagnostiquée par le Dr V.\_\_\_\_\_, l'expert relève que les tests en la matière ne sont pas objectifs puisqu'ils font appel aux ressentis douloureux de l'intéressé. Il ne voit pas non plus comment il pourrait y avoir un rapport entre une lésion labrale gauche et la sacro-illiaque droite, cela d'autant plus que les indices cliniques d'une telle lésion n'ont jamais été décrits, ni dans l'examen effectué par le Dr P.\_\_\_\_\_, ni dans celui du Dr V.\_\_\_\_\_. Ce rapport complémentaire est par conséquent tout à fait probant.

**b)** L'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ établit que le recourant ne présente plus de lésion en rapport de causalité avec le troisième accident. En particulier, s'agissant de la problématique du genou, l'expert établit en premier lieu qu'il n'existe plus de signes objectivables en rapport avec la contusion du genou gauche ayant fait suite à l'accident du 7 septembre 2012. Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, l'évolution est allée vers le statu quo ante un mois après l'accident, soit le 7 octobre 2012. Les douleurs actuelles du recourant s'expliquent par la présence d'une chondropathie oedémateuse rotulienne antérieure à l'accident du 7 septembre 2012.

En effet, il s'avère que le deuxième accident a provoqué une altération du cartilage rotulien, qui porte le nom de chondropathie rotulienne et qui, à dire d'expert, est susceptible de mettre de très nombreux mois, voire années pour disparaître. Par conséquent, comme le relève le Dr P.\_\_\_\_\_, cette chondropathie n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2012 mais est due à l'événement du 11 mai 2012, lequel n'était pas assuré par l'intimée mais par la CNA. Pour cette raison déjà, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations en date du 3 octobre 2013.

Par ailleurs, le Dr P.\_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a pas de traitement particulier à entreprendre pour traiter cette chondropathie oedémateuse. Il réfute toute indication à un geste chirurgical, en particulier une arthroscopie, et recommande l'abandon de la physiothérapie, laquelle a fait la preuve de son inefficacité. Sur ce point également, le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ est probant. L'intimée a donc mis

fin à juste titre à la poursuite de la prise en charge des traitements médicaux et a refusé à bon droit d'assumer les frais du bilan postural de J.\_\_\_\_\_, frais qui n'entrent d'ailleurs manifestement pas dans le catalogue des prestations prises en charges par l'assurance-accidents.

**c)** S'agissant de la tendinite de la patte d'oie, provoquée selon le Dr B.\_\_\_\_\_ par le traitement hyper intensif et désorganisé, la Cour de céans constate qu'elle n'a été diagnostiquée pour la première fois qu'au mois de juin 2014, soit à une période où l'intimée avait constaté depuis de nombreux mois que la physiothérapie ou l'ostéopathie n'étaient plus nécessaires et refusait de prendre en charge la poursuite de ces traitements.

En effet, le 8 juillet 2013 déjà, dans un courriel adressé au recourant, la W.\_\_\_\_\_ indiquait à ce dernier que selon son médecin-conseil, le Dr N.\_\_\_\_\_, la rééducation n'allait pas améliorer d'avantage la symptomatologie douloureuse, raison pour laquelle elle cessait la prise en charge du traitement.

On observe d'ailleurs que quelques semaines plus tôt, soit le 24 mai 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ proscrivait également toute musculation, au risque d'aggraver la problématique.

En date du 3 octobre 2013, l'intimé a réitéré ses explications en ce sens qu'en présence d'un syndrome rotulien sans rapport avec les événements, elle n'interviendrait plus pour les frais relatifs à la rééducation.

Enfin, la Cour de céans relève que dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'est rallié à la position des Drs N.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ et a également déconseillé la poursuite de la physiothérapie.

Ainsi, le recourant ne peut pas prétendre que l'intimée devrait prendre en charge une tendinite causée par un traitement qu'elle n'a pas

ordonné, au demeurant déconseillé par plusieurs médecins, et qu'elle a même refusé de prendre en charge. Pour ces motifs également, les conclusions du recourant sont rejetées, dans la mesure où elles sont recevables.

**d)** Le recourant requiert également que l'intimée prenne en charge le traitement d'ostéopathie concernant les migraines, affirmant qu'il n'en souffrait pas auparavant. Or, comme expliqué au considérant 3a supra, 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 »). De surcroît, force est de constater que les migraines sont préexistantes à l'accident du 7 septembre 2012. En effet, il ressort des pièces du dossier que des migraines étaient déjà rapportées en mai puis en juin 2012 (cf. certificat médical établi le 14 mai 2012 par le Dr C. \_\_\_\_\_ et attestation du 6 juin 2012 de l'ostéopathe D. \_\_\_\_\_). Ainsi que le rappelle le Dr P. \_\_\_\_\_, il s'agit donc d'un état antérieur sans lien de causalité avec l'accident du 7 septembre 2012. Au demeurant, comme indiqué par le médecin précité dans ses déterminations du 5 février 2014, ce diagnostic est actuellement au stade stabilisé puisque les douleurs ne nécessitent pas de prises d'antalgique.

C'est donc à juste titre que la W. \_\_\_\_\_ a refusé de prendre en charge les frais de traitement concernant les migraines au-delà du 2 octobre 2013. Par conséquent, la conclusion du recourant sur ce point est également rejetée.

**e)** Au vu des considérations qui précèdent, on retiendra que le statu quo ante était atteint un mois après l'événement accidentel du 7 septembre 2012. C'est dès lors à bon droit que l'intimée a nié le lien de causalité entre la symptomatologie présentée (genou et rachis cervical) et l'événement en cause à compter du 3 octobre 2013, mettant en conséquence légitimement fin à l'allocation de prestations d'assurance.

**6.** Le recourant conclut enfin à l'octroi d'une indemnité financière pour l'énergie qu'il a consacrée à défendre ce dossier. Une telle indemnité n'est toutefois prévue par aucune base légale. Des dépens doivent certes être alloués au recourant, en principe à condition qu'il ait été défendu par un mandataire professionnel et pour autant qu'il ait obtenu gain de cause, pour l'indemniser de ses frais de défense (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD). Ces conditions ne sont cependant pas réunies en l'espèce. Pour cette raison, la conclusion du recourant sur ce point doit également être rejetée.

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Quant à l'intimée, en tant qu'assurance sociale, elle n'a pas droit à des dépens, même si elle obtient gain de cause et malgré ses conclusions (cf. ATF 127 V 205; 126 V 143).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue par la W. \_\_\_\_\_ le 11 juillet 2014 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice 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 :

- Q. \_\_\_\_\_
- W. \_\_\_\_\_
- 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 :