

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 mars 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 36 al. 1 et 37 al. 3 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un accident de circulation le 1^{er} octobre 1997. Alors qu'il circulait en motocycle, sans permis de conduire, il est entré en collision avec une automobile. Il a subi notamment une rupture des ligaments du genou droit et une fracture diaphysaire distale du coude gauche, avec une atteinte sévère du nerf cubital dans sa partie proximale au coude (cf. dossier de la CNA pièces 5 et 6). Les lésions du genou ont été traitées par plastie ligamentaire. Les atteintes au coude ont notamment requis un traitement par ostéosynthèse en octobre 1997, une neurolyse du nerf cubital en octobre 1998 (cf. dossier de la CNA pièce 74) et finalement la pose d'une prothèse totale du coude, le 18 mai 1999 (cf. dossier de la CNA pièce 93). Dans une détermination sur dossier du 27 mai 1999, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie, membre du service de médecine des assurances de la CNA, a exposé qu'il fallait compter, sur le long terme, avec un descellement de la prothèse et avec une arthrodèse ; la profession de grutier n'était plus adaptée (cf. dossier de la CNA pièce 85).

La CNA a pris en charge les frais médicaux, alloué des indemnités journalières, puis alloué une rente pour un taux d'invalidité de 20%. Elle a considéré que l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité légère n'imposant pas le port de charges supérieures à 15 kilos et n'imposant pas de monter ou descendre des échelles ou des échafaudages (cf. dossier de la CNA pièces 221 [décision du 14 mars 2001] et 239 [décision sur opposition du 13 août 2001]). La CNA a toutefois réduit de 30% ses prestations en espèces en raison d'une faute de l'assuré (conduite sans permis et vitesse excessive). Elle s'est fondée sur ce point sur les constatations du juge d'instruction pénale, qui a rendu une ordonnance pénale condamnant l'assuré pour violation grave des règles de la circulation routière et conduite sans permis, et qui a renoncé à poursuivre l'automobiliste au motif qu'il n'avait pu voir arriver le motocycliste en raison de la vitesse excessive de ce dernier (cf. dossier de la CNA pièces 31, 32 et 34 [ordonnances des 18 novembre 1997 et 5

janvier 1998 du juge d'instruction pénale du Valais central et décision du 11 mars 1998]).

Le 2 février 2005, l'assuré est passé à l'agence de la CNA de [...]. Il a exposé avoir l'intention de s'établir prochainement en [...]. La prothèse du coude devait à première vue être changée après dix ans et il reviendrait le moment venu en Suisse pour l'intervention. Il avait rendez-vous le 3 février 2005 chez le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, et verrait ce que ce médecin lui dirait. Tôt ou tard, le coude devrait être bloqué et il s'interrogerait sur l'influence que cela pouvait avoir sur la rente (cf. dossier de la CNA pièce 259).

Le 15 octobre 2007, l'assuré est passé à nouveau à l'agence de la CNA à [...] et a exposé avoir consulté le jour même le Dr D._____, qui adresserait prochainement à la CNA un rapport sur la nécessité de changer la prothèse. Ce changement avait apparemment été repoussé à 2009 / 2010. La durée de vie de la prothèse était estimée selon le dossier médical à environ dix ans. Compte tenu de cette échéance, qui approchait, ainsi que de fortes douleurs et de son anxiété à ce sujet, l'assuré avait fait le déplacement en voiture jusqu'en Suisse pour consulter le Dr D._____. A propos de sa situation professionnelle, l'assuré indiquait être chauffeur-livreur en [...], ce qui impliquait notamment le port de bouteilles et de bombonnes de vingt litres. Lorsque les douleurs étaient trop fortes, il prenait des médicaments (cf. dossier de la CNA pièce 262).

Le 24 octobre 2007, le Dr D._____ a établi un rapport relatif à la consultation de l'assuré du 15 octobre 2007. Il a mentionné la résidence de l'assuré en [...] et sa profession de chauffeur-livreur qui l'amenait régulièrement à soulever des charges d'une vingtaine de kilos avec le bras gauche. Cette activité était trop lourde et l'assuré devait veiller à en trouver une plus légère. Il éprouvait des douleurs diffuses au niveau du bras gauche. Toutefois, radiologiquement, la prothèse semblait encore stable malgré une lyse déjà présente en 2005 autour de la tige humérale. Comme cela avait déjà été souligné et communiqué à l'assuré à

de nombreuses reprises, un changement de la prothèse serait certainement nécessaire à terme, compte tenu de la survie de ce type de prothèse chez les individus jeunes et actifs (cf. dossier de la CNA pièce 263).

En 2012, l'assuré a repris une activité de grutier pour l'entreprise A. _____ SA, à [...]. Il a ensuite été placé chez B. _____ SA, à [...]. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, le 4 septembre 2013, il a notamment exposé qu'il arrivait « à se débrouiller avec ses grues ». Il avait toujours travaillé depuis le sol et très rarement sur les grues, car il n'en avait pas l'habitude. Lorsqu'il n'avait pas d'activité avec la grue, il avait toujours des coups de main à donner dans des activités légères. L'épaule gauche (qui avait également été atteinte lors de l'accident du 1^{er} octobre 1997) était mobile et « ok » ; il n'y pensait pas et cela allait, mais elle faisait toujours mal parfois. Le coude gauche ne se tendait toujours pas et était même déformé vers l'extérieur. Il faisait « comme pour l'épaule ». La main gauche était toujours insensible sur le côté extérieur (deux doigts) et il éprouvait toujours des fourmillements. Le genou droit était toujours plus gonflé que le gauche. L'assuré ne pouvait pas courir et boitait encore. La marche normale restait possible. Il consulterait prochainement un médecin, mais ne trouvait pas le temps. L'hypothèse d'un changement de prothèse a été évoquée avec le collaborateur de la CNA et l'assuré s'est engagé à le tenir au courant (cf. dossier de la CNA pièce 279).

Le 1^{er} novembre 2013, l'assuré a été engagé comme grutier par B. _____ SA, à 100%. L'activité n'était pas physique, mais il devait prendre la pelle et la pioche lorsqu'il n'y avait pas d'activité avec la grue (cf. dossier de la CNA I pièce 45 [procès-verbal d'entretien du 19 août 2014 avec un collaborateur de la CNA]).

Par décision du 19 novembre 2013, la CNA a mis fin à la rente précédemment allouée, avec effet dès le 1^{er} décembre 2013, compte tenu de la reprise d'une activité de grutier à plein temps (cf. dossier de la CNA pièce 280).

B. **a)** Le 2 avril 2014, l'assuré a glissé en descendant les escaliers métalliques d'un échafaudage, partant en avant et faisant « une pirouette » sur les dernières marches avant d'atterrir sur la dalle en béton trois mètres plus bas environ. Il s'est reçu sur les pieds, mais a perdu l'équilibre et heurté la dalle avec le genou et le coude gauches (cf. dossier de la CNA I pièce 45 [procès-verbal d'entretien du 19 août 2014 avec un collaborateur de la CNA p. 2], qui mentionne le coude droit visiblement par erreur). Il s'est rendu aux urgences du CHUV où les médecins ont constaté d'importantes douleurs et tuméfactions, au coude gauche et au genou droit, ainsi qu'une déformation du coude gauche et ont posé les diagnostics de contusion du coude gauche et du genou droit. Les radiographies n'ont pas mis en évidence de nouvelle fracture. L'assuré a pu rentrer chez lui le jour même, avec un traitement antalgique (cf. dossier de la CNA I pièce 8 [rapport du 3 avril 2014 de la Dresse E. _____ p. 5]). Les médecins du CHUV ont attesté une incapacité de travail totale. La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Les Drs O. _____, médecin-associé, et X. _____, chef de clinique, au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, ont réalisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit le 14 mai 2014 et ont constaté une gonarthrose fémoro-tibiale médiale et latérale prédominant dans le compartiment latéral, avec une fracture sous-chondrale du fémur latéral. Le ligament médial collatéral (LCM) n'était pas visualisé dans sa portion proximale et le ligament croisé antérieur était rompu de manière chronique avec un important tiroir antérieur (cf. dossier de la CNA pièce 454/3).

B. _____ SA a résilié le contrat de travail le liant à l'assuré, pour le 31 mai 2014 (cf. dossier de la CNA I pièce 19).

J. _____ a consulté le Dr T. _____, médecin-associé au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV. Celui-ci l'a examiné le 30 mai 2014. Dans un rapport du 13 juin 2014 (cf. dossier de la CNA I pièce

28), il a notamment exposé que l'assuré avait été victime d'un accident de moto en 1997, qui s'était probablement soldé, notamment, par une luxation du genou droit et une atteinte fracturaire sévère à hauteur du coude gauche. L'évolution après le traumatisme et les interventions chirurgicales pratiquées à l'époque avait été initialement favorable. L'assuré avait pu reprendre une activité professionnelle. A partir de 2006-2007, il avait développé progressivement des douleurs à hauteur du genou droit et du coude gauche. Elles étaient présentes surtout en fin de journée professionnelle et localisées au versant antérieur du genou. Elles s'associaient à une sensation d'instabilité croissante, avec des épisodes d'épanchement et de lâchages. A hauteur du coude gauche, l'assuré avait progressivement développé une symptomatologie de douleurs progressives avec sensations de craquements.

Toujours selon le rapport du 13 juin 2014 du Dr T._____, l'accident du 2 avril 2014 s'était soldé par des douleurs à hauteur du coude gauche et du genou droit, notamment. Il avait été suivi en traumatologie, avec un traitement conservateur. A hauteur du genou, l'assuré décrivait une majoration des douleurs et sensations d'instabilité à la suite du nouvel accident. Les douleurs étaient localisées non seulement au versant antérieur, mais également à hauteur du versant interne du tiers proximal de la jambe droite, avec une gêne au versant postéro-externe. L'assuré décrivait également une majoration des douleurs à hauteur du coude gauche et des sensations de craquement après le nouvel accident.

Résumant la situation, le Dr T._____ a précisé que l'accident d'octobre 1997 s'était soldé très probablement par une atteinte complète proximale du complexe ligamentaire interne, une déchirure du ligament croisé antérieur et une atteinte du point d'angle postéro-externe avec possiblement lésion du ligament collatéral externe. Il avait à l'époque dû bénéficier d'une réinsertion proximale du complexe ligamentaire interne, d'une réparation du ligament collatéral externe et très probablement également d'une réparation du ligament croisé antérieur. Une ménissectomie partielle externe avait probablement également été

réalisée. L'assuré avait progressivement développé une instabilité croissante sur son genou, avec des douleurs. Elles étaient à mettre en rapport avec une insuffisance de grade 3 proximale du complexe ligamentaire interne, une insuffisance complète du ligament croisé antérieur et une insuffisance de grade 2 du ligament collatéral externe et du point d'angle postéro-externe. Les douleurs étaient à mettre en rapport avec une gonarthrose tricompartmentale débutante, à prédominance fémoro-tibiale externe. L'assuré présentait en outre un morphotype en varus qui s'était péjoré par l'atteinte du complexe ligamentaire externe et du point d'angle postéro-externe. Malheureusement, il avait subi un accident de travail début avril 2014 qui s'était soldé par une majoration des douleurs et des sensations d'instabilité. L'IRM réalisée au CHUV le 14 mai 2014 objectivait une probable fracture sous-chondrale affectant le condyle fémoral externe, non déplacée, qui était probablement la seule lésion récente sur ce genou, et l'assuré présentait vraisemblablement une décompensation de sa symptomatologie arthrosique suite au traumatisme. L'IRM du 14 mai 2014 objectivait également une ancienne lésion du ligament croisé antérieur, mais aucun signe de lésion ligamentaire récente. L'assuré présentait par ailleurs un contexte social difficile; une dépression et un descellement de la prothèse totale du coude gauche. A terme, il serait candidat pour une prothèse totale du genou. Une chirurgie conservatrice pour plastie du ligament collatéral interne, du ligament collatéral externe et du point d'ancrage postéro-externe était également envisageable. Un avis de l'équipe de la chirurgie du coude était encore nécessaire, de même qu'un bilan fonctionnel du membre inférieur droit.

L'assuré a également consulté le Dr I. _____, chef de Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV. Celui-ci a établi un rapport le 3 septembre 2014 (cf. dossier de la CNA I pièce 47), à la suite d'un examen pratiqué le 29 août 2014. Il a constaté un descellement de la prothèse totale de coude, à gauche. Il a résumé l'anamnèse depuis le premier accident en indiquant que l'assuré avait gardé une limitation fonctionnelle légère en flexion et extension, avec parfois des douleurs. Cela ne l'avait pas empêché de reprendre une activité professionnelle de

grutier et d'aide de chantier. Les douleurs au coude avaient augmenté depuis cinq ans environ. La situation s'était surtout dégradée à la suite d'un nouvel accident le 2 avril 2014. Depuis lors, l'assuré présentait une importante limitation fonctionnelle, avec une anesthésie dans le territoire du nerf cubital. Le Dr I._____ a également exposé que les radiographies révélaient un descellement complet de la tige humérale avec un important liseré autour du ciment et une résorption osseuse déjà importante. Le liseré était par contre peu marqué au niveau du cubitus. Compte tenu du descellement de l'implant huméral avec atteinte du stock osseux, le Dr I._____ a proposé un changement de prothèse ; une neurolyse pourrait également être réalisée à cette occasion.

Le 22 septembre 2014, prenant position sur le dossier, le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que les interventions envisagées sur le genou droit et le coude gauche étaient en relation de causalité avec l'accident d'octobre 1997.

Le 8 janvier 2015, l'assuré s'est soumis à l'intervention proposée par le Dr I._____.

Le 13 mai 2015, le Dr G._____ a examiné l'assuré. Dans un rapport du même jour et un rapport complémentaire du 22 juin 2015 (cf. dossier de la CNA I pièces 73 et 84), il a considéré les atteintes pour lesquelles le coude gauche avait été opéré et les atteintes au genou droit pour lesquelles une plastie ligamentaire et une prothèse étaient envisagées en rapport de causalité avec l'accident du 1^{er} octobre 1997. En revanche, l'accident du 2 avril 2014 avait provoqué de simples contusions, qui avaient pu aggraver provisoirement les douleurs du genou droit et du coude gauche dont l'assuré était coutumier, mais pas au-delà d'un phénomène inflammatoire habituel. A partir du 8 janvier 2015 au plus tard, il n'y avait donc plus de rapport de causalité entre les atteintes à la santé et le second accident.

Par décision du 23 juin 2015, la CNA a constaté l'absence de rapport de causalité entre les atteintes à la santé persistant

postérieurement au 7 janvier 2015 et l'accident du 2 avril 2014, et a réduit de 30 % les indemnités journalières allouées à l'assuré dès le 8 janvier 2015. Elle se référait sur ce point à sa décision de réduction des prestations en espèces allouées en raison des séquelles de l'accident du 1^{er} octobre 1997 (cf. dossier de la CNA I pièce 85).

b) Me Jean-Michel Duc, agissant pour J._____, s'est opposé à cette décision, le 23 juillet 2015. Il a contesté l'absence de rapport de causalité entre l'accident du 2 avril 2014 et les atteintes à la santé dont il souffrait encore postérieurement au 7 janvier 2015. Me Duc a par ailleurs demandé à être désigné d'office pour la procédure d'opposition.

Le Dr T._____ a revu l'assuré les 2 juin et 6 août 2015. Une instabilité du genou droit, principalement du côté interne dans le plan coronal sous le genou, le conduisait à proposer dans un premier temps une plastie du ligament collatéral interne, puis la pose d'une prothèse totale de genou. Il s'est toutefois ravisé et a préconisé, dans un second temps, un traitement conservateur, en raison notamment de discordances entre l'importance des douleurs décrites et les constatations radiologiques, ainsi qu'entre la localisation des douleurs et celle des lésions arthrosiques, un contexte de dépression, de conflit assécurologique, l'âge relativement jeune de l'assuré pour un remplacement prothétique du genou, ainsi que la suspicion d'une composante neurologique aux douleurs présentes au versant interne du genou. Une nouvelle évaluation lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation était souhaitable (cf. dossier de la CNA pièces 385, 385/1 [rapports du 25 août 2015]).

Le 15 octobre 2015, le Dr P._____, spécialiste en radiologie médicale, a réalisé un examen IRM du genou droit de l'assuré et a constaté une rupture complète du ligament croisé antérieur, une altération du cartilage de grade III du condyle fémoral interne et de grade II du plateau tibial interne, une altération de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, de grade II de la corne postérieure du ménisque externe, et un épanchement intra-articulaire avec un noyau d'ostéo-

chondromatose de 1,8 cm au niveau de l'interligne interne, avec par ailleurs une ostéophytose marginale interne et externe (cf. dossier de la CNA pièce 409/2).

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 17 novembre au 9 décembre 2015, pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du genou droit et du coude gauche, sans réelle évolution objective ni subjective. La question de l'indication opératoire du genou droit restait posée (cf. dossier de la CNA pièce 463 [rapport de sortie du 28 décembre 2015]).

Par décision sur opposition du 12 janvier 2016, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu la réduction de 30 % des prestations en espèces allouées à partir du 8 janvier 2015, au motif que les atteintes au genou droit et au coude gauche étaient encore en relation avec l'accident du 1^{er} octobre 1997, mais qu'il n'y avait plus de lien de causalité avec l'accident du 2 avril 2014. Elle a renvoyé à une date ultérieure l'examen de la demande de désignation d'office de Me Duc pour la procédure administrative.

C. Me Jean-Michel Duc, agissant pour J._____, a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, le 9 février 2016. Il conclut en substance, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition litigieuse et la condamnation de la CNA au paiement d'indemnités journalières non réduites pour la période dès le 8 janvier 2015. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il a produit, le 17 février 2016, les réponses du 11 février 2016 du Dr I._____ à un questionnaire qu'il lui avait envoyé.

Le juge instructeur a alloué l'assistance judiciaire et désigné Me Jean-Michel Duc pour représenter le recourant, par ordonnance du 18 février 2016.

L'intimée a conclu au rejet du recours, le 13 juillet 2016. Elle s'est référée principalement à une détermination sur dossier établie le 28

avril 2016 par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA.

Le 7 décembre 2016, le recourant s'est déterminé et a maintenu ses conclusions. Il a produit les réponses du Dr Y._____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, à un questionnaire du 22 novembre 2016 qu'il lui avait adressé. Il avait consulté ce médecin à partir du mois d'octobre 2015.

Une audience de jugement a eu lieu le 24 mars 2017.

Le même jour, Me Jean-Michel Duc a déposé sa liste des opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents 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 tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment).

2. a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects des prestations litigieuses. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières non réduites pour la période postérieure au 7 janvier 2015. A partir du 8 janvier 2015, l'intimée ne lui reconnaît, en effet, le droit qu'à des indemnités journalières réduites de 30 %, dès lors qu'elle estime que les atteintes au genou droit et au coude gauche ne sont plus en relation de causalité avec l'accident - non fautif - du 2 avril 2014, mais avec l'accident du 1^{er} octobre 1997.

Le droit à la désignation d'office de Me Duc pour la procédure d'opposition n'est pas litigieux dans la présente procédure.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. Ib et les références).

b) 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). *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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2).

c) Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie ou stabilisée. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie ou stabilisée produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des

modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références).

d) Si l'assuré a provoqué l'accident en commettant, non intentionnellement, un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent, en dérogation à l'art. 21, al. 1, LPGA, être réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées. Si l'assuré doit, au moment de l'accident, pourvoir à l'entretien de proches auxquels son décès ouvrirait le droit à une rente de survivants, les prestations en espèces sont réduites au plus de moitié. S'il décède des suites de l'accident, les prestations en espèces pour les survivants peuvent, en dérogation à l'art. 21, al. 2, LPGA, aussi être réduites au plus de moitié (art. 37 al. 3 LAA). Les prestations en espèces en cas de rechute ou de séquelles tardives sont également réduites conformément à ce qui précède.

4. a) En l'espèce, l'intimée a réduit de 30 % les prestations en espèces à la suite de l'accident du 1^{er} octobre 1997, par décision du 11 mars 1998. Cette décision est entrée en force, de sorte qu'il n'y a plus lieu d'examiner sa justification. Au demeurant, elle ne pourrait qu'être confirmée au vu des ordonnances des 18 novembre 1997 et 5 janvier 1998 du juge d'instruction pénale du Valais central.

b) Pour la période courant dès le 8 janvier 2015, le recourant soutient que la réduction de 30 % des prestations en espèces ne peut pas s'appliquer pour les indemnités journalières litigieuses. En effet, l'incapacité de travail est au moins en partie due, selon lui, aux séquelles de l'accident du 2 avril 2014, non fautif. Dès lors que ce nouvel accident est en partie à l'origine des atteintes à la santé invalidantes il n'y aurait pas lieu à une réduction des prestations. Pour sa part, l'intimée considère qu'il n'y a plus de rapport de causalité, dès le 8 janvier 2015, entre l'accident du 2 avril 2014 et les atteintes à la santé présentées par le recourant.

c) Le recourant présente des atteintes d'origine accidentelle au coude gauche et au genou droit. En ce qui concerne le coude gauche,

la prothèse qui avait été posée à la suite de l'accident du 1^{er} octobre 1997 s'est descellée et a dû être remplacée, le 8 janvier 2015. Il est établi que dès la pose de cette prothèse, les médecins et le recourant étaient conscients qu'elle aurait une durée de vie limitée, dès lors qu'elle était portée par une personne jeune et professionnellement active. Le recourant a lui-même mentionné une durée de vie de dix ans dans ses discussions avec la CNA et a encore évoqué la question de son remplacement lors d'une discussion avec un collaborateur de l'intimée le 4 septembre 2013. La prothèse n'a par ailleurs pas été épargnée, compte tenu des activités professionnelles encore relativement lourdes exercées par le recourant jusqu'en avril 2014.

Le Dr S._____, dans sa détermination du 28 avril 2016, a considéré que dans ces circonstances, la durée de vie de la prothèse posée en 1999, finalement d'une quinzaine d'années, devait être qualifiée d'assez exceptionnelle. Il a exposé qu'un descellement prothétique correspondait, pour un implant non cimenté, à une perte de contact entre l'implant et l'os ou, pour un implant cimenté, à une perte de contact entre le ciment et l'os ou entre l'implant et le ciment. Dans les implants cimentés et sous l'effet de divers facteurs complexes, on notait radiologiquement des zones d'ostéolyse. Le descellement augmentait par confluence des zones d'ostéolyse, qui formaient progressivement un manchon autour de la tige prothétique. Cela avait pour conséquence une diminution du capital osseux. En l'occurrence, les examens réalisés après l'accident du 2 avril 2014 montraient une résorption globale autour de la tige prothétique sur le versant huméral, tandis qu'au niveau cubital, il n'y avait pas de signe de descellement. Il s'agissait d'un descellement prothétique déjà connu, le Dr D._____ ayant déjà constaté radiologiquement, en 2005, des signes de descellement au niveau huméral, avec une lyse déjà présente autour de la tige humérale. On ne distinguait dans les examens réalisés en 2014 aucun signe de descellement aigu. Il n'y avait par exemple pas de fracture osseuse ni de fracture du ciment, ni de désaxation de la tige prothétique par rapport à l'axe huméral. Sur la base de cette analyse, et constatant par ailleurs la présence de troubles douloureux depuis cinq ans avant l'accident, le Dr

S._____ constate de manière tout à fait probante, comme le Dr G._____, que l'accident du 2 avril 2014 n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du coude gauche, de sorte qu'un lien de causalité entre cet accident et les séquelles persistant postérieurement au 7 janvier 2015, qui ont notamment nécessité le remplacement de la prothèse, n'est pas établi.

Les réponses du 11 février 2016 du Dr I._____ au questionnaire que lui a adressé le recourant ne permettent pas de s'écarter de cet avis. A la question de savoir si l'état de santé de l'assuré était encore, au moins partiellement, causé par l'accident du 2 avril 2014, le Dr I._____ s'est limité à constater que les radiographies réalisées après l'accident d'avril 2014 mettaient en évidence un descellement de l'implant huméral d'une prothèse totale de coude gauche avec notamment d'importantes ostéolyses et une résorption osseuse autour du ciment, traduisant un processus d'évolution chronique. Ces observations corroborent plutôt celles du Dr S._____, quand bien même le Dr I._____ déclare ensuite ne pas être en mesure, sur la base de ces éléments, de déterminer si l'accident d'avril 2014 a causé ou seulement aggravé le descellement.

d) En ce qui concerne le genou droit, le Dr S._____ a observé que l'accident du 1^{er} octobre 1997 avait entraîné une entorse d'une extrême gravité, laissant visiblement, malgré les sutures réalisées à l'époque, une insuffisance du ligament collatéral médial et du ligament croisé antérieur. On notait également une importante calcification type Pellegrini-Stieda en status après fixation-suture du ligament collatéral médial et des calcifications du pourtour du condyle externe et de la tête du péroné, en status après refixation du ligament collatéral latéral. On notait également une gonarthrose tricompartmentale prédominant au niveau du compartiment externe (gonarthrose valgissante). Il ressort également des rapports du Dr T._____, ainsi que des IRM réalisées en mai 2014 et octobre 2015 que l'assuré présentait avant l'accident du 2 avril 2014 des lésions ligamentaires importantes et une gonarthrose, et que cet accident n'avait entraîné aucune nouvelle lésion ligamentaire. La

seule atteinte structurelle mise en évidence sur l'IRM du 14 mai 2014, causée par l'accident du 2 avril 2014, était une contusion (bone bruise) - et non une fracture - du condyle fémoral externe. Le Dr S._____ observe de manière probante que cette contusion osseuse a complètement disparu à l'examen de contrôle du 14 octobre 2015, que l'on ne notait aucune déformation osseuse en conséquence de cette contusion et qu'il n'y a pas d'argument pour une atteinte complémentaire du cartilage, déjà passablement compromis par les séquelles de l'entorse grave en 1997. Sur ce point également, il n'y a aucun motif de s'écarter de ces constatations. Les différents rapports médicaux réalisés tout au long de l'année 2015 attribuent d'ailleurs clairement les douleurs du genou à des problèmes ligamentaires et à la gonarthrose, plutôt qu'à une fracture osseuse. Dans ses réponses du 22 novembre 2016 au questionnaire du recourant, le Dr Y._____ indique d'ailleurs que son patient est très handicapé en raison d'une forte instabilité du genou et des douleurs associées. Il pose les diagnostics de gonarthrose tri-compartmentale post-traumatique à droite, associée à une sévère insuffisance du complexe ligamentaire collatéral interne et du ligament croisé antérieur. A la question relative au rapport de causalité avec l'accident du 2 avril 2014, il se limite à constater que le recourant avait déjà été victime d'un accident dans les années nonante pour lequel il avait subi de multiples interventions au genou droit, qui lui avaient permis de reprendre son activité sans limitations fonctionnelles ni douleurs, pendant de nombreuses années, jusqu'à l'accident du 2 avril 2014. Il n'affirme toutefois aucunement l'existence d'un rapport de causalité, sans doute conscient qu'un tel rapport ne peut être déduit d'un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* ». Au demeurant, le constat relatif à l'absence de douleurs dans le genou droit avant l'accident du 2 avril 2014 est inexact, l'assuré ayant fait part à plusieurs reprises de douleurs dans ce genou avant le second accident.

e) Vu ce qui précède, il convient de constater que l'accident du 2 avril 2014 n'a pas entraîné d'atteinte structurelle au genou droit ni au coude gauche et qu'il n'est pas à l'origine, même partiellement, de la symptomatologie invalidante persistant postérieurement au 7 janvier

2015. Partant, l'intimée a réduit à juste titre de 30 % les prestations en espèces allouées dès le 8 janvier 2015 en raison des séquelles de l'accident du 1^{er} octobre 1997.

5. a) Le recourant voit ses conclusions rejetées, de sorte qu'il ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

b) Par décision du 18 février 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 9 février 2016 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

c) Me Duc a produit une liste des opérations dont il a lieu de retenir un temps total de 18 heures et 30 minutes de prestations d'avocat-stagiaire (au tarif horaire de 110 fr. [cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ]) et de 30 minutes de prestations d'avocat (au tarif horaire de 180 fr. [cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ]) - soit un montant s'élevant à 2'125 fr. -, somme à laquelle s'ajoutent les débours par 26 fr. 50 et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'323 fr. 60 ($(\{2'125 \text{ fr.} + 26 \text{ fr. } 50\} \times 108) / 100$) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

d) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 janvier 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 2'323 fr. 60 (deux mille trois cent vingt-trois francs et soixante centimes), TVA comprise.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour J. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :