

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2019

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Brélaz Brailard, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, travaillait depuis le 25 mars 2015 en qualité de menuisier dans le cadre d'une mission temporaire. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 26 mars 2015, E._____ a heurté une plaque de protection de sol en tombant sur les genoux.

Le 27 avril 2015, E._____ a subi une intervention chirurgicale au genou gauche consistant en une plastie du ligament croisé antérieur ainsi qu'en une méniscectomie du corps et de la corne postérieure en raison d'une déchirure complexe. Les suites opératoires ont été simples et afebriles, l'assuré ayant bénéficié d'une rééducation à la marche dès le premier jour post-opératoire. Le bilan radiologique post-opératoire s'est révélé satisfaisant (rapport du 6 mai 2015 établi par les Drs J._____ et D._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital R._____).

Dans un rapport du 20 juillet 2016 faisant suite à une consultation du 7 juillet précédent, le Dr K._____, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital R._____, a relevé que l'intervention du 27 avril 2015 s'était compliquée d'une lésion du nerf saphène. S'agissant toutefois de la plastie du ligament croisé antérieur, l'évolution était bonne, l'assuré conservant une mobilité complète avec une bonne force au niveau des quadriceps. Il n'y avait pas de plainte d'instabilité au niveau du genou gauche. En revanche, il gardait une symptomatologie douloureuse au niveau de sa jambe gauche. Un bilan neurologique (effectué le 27 novembre 2015) concluait à la possibilité d'une récupération lentement progressive. Selon le Dr K._____, il n'y avait pas d'indication à une nouvelle intervention et la situation devait

être considérée comme stabilisée en dépit d'une lésion séquellaire. Si l'assuré n'était plus en mesure d'exercer sa profession précédente, sa capacité de travail était en revanche entière dans une activité adaptée (sans travail à genoux, évitant la position accroupie, sans port de charges lourdes et sans échelle).

Le 21 septembre 2016, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen médical final de E._____. Dans son rapport daté du même jour, il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « Appréciation » :

L'assuré, ouvrier menuisier, espagnol, chute sur les genoux le 26.03.2015.

Le bilan montre une rupture du LCA ainsi que de la corne postérieure du ménisque interne qui fait l'objet d'une intervention par le Dr J._____ le 28.04.2015 pour une plastie du LCA aux ischio-jambiers et une ménissectomie interne partielle du genou G.

L'évolution est marquée par l'apparition de décharges électriques à la face interne du genou G irradiant distalement, dans le territoire du nerf saphène interne.

L'assuré est adressé à la consultation d'antalgie et un traitement de Lyrica® est introduit. Une évaluation par les plasticiens ne retient pas d'indication opératoire.

Subjectivement, l'assuré n'a plus de décharge électrique majeure depuis l'introduction du traitement de Lyrica®. Il ressent des tiraillements de la face interne du genou G irradiant distalement jusqu'à la malléole interne. Le périmètre de marche n'est toutefois pas limité et le patient a des nuits réparatrices. Il n'y a pas d'œdème rapporté du genou G, quelles que soient les distances parcourues.

Objectivement, le genou G n'a pas d'épanchement intra-articulaire. Sa mobilité est complète L'articulation est stable dans le plan sagittal mais une amyotrophie est objectivée tant au niveau de la cuisse que du mollet G.

A près de 18 mois après la plastie du LCA G, on peut admettre que la situation médicale est stabilisée.

On reconnaît à l'assuré des limitations pour les travaux répétés en position à genoux ou accroupie ainsi que pour les déplacements répétés sur les terrains irréguliers.

Dans une activité respectant ces limitations, notre assuré peut faire valoir une pleine capacité avec un rendement complet.

Le traitement de Lyrica® reste à la charge de l'assurance-accident pour une longue durée.

L'hypoesthésie de la face interne de la jambe G n'atteint pas le seuil indemnisable.

Par courrier du 7 novembre 2016, la CNA a informé E. _____ qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2016 au motif que, selon l'examen médical du 21 septembre 2016, il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration significative de son état de santé. Elle a en outre indiqué qu'elle était en train d'examiner dans quelle mesure d'autres prestations d'assurance pouvaient lui être allouées.

Dans ses observations du 5 janvier 2017, E. _____ a fait valoir que son incapacité de travail était totale en raison de l'important état algique présenté en lien avec l'atteinte du nerf saphène gauche. Il estimait par ailleurs que la situation clinique n'était pas stabilisée et que, partant, il incombait à la CNA de reprendre sans tarder le versement d'indemnités journalières à 100%.

Aux fins d'étayer son propos, il a transmis diverses pièces médicales dont les rapports des Drs Z. _____ et N. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au service de neurologie de l'Hôpital R. _____, du 15 août 2016, et des Drs H. _____ et M. _____, respectivement médecin associé et chef de clinique, au centre d'antalgie de l'Hôpital R. _____, du 4 octobre 2016. Pour l'essentiel, ces médecins y décrivaient la prise en charge thérapeutique de la lésion du nerf saphène au genou gauche. Les Drs Z. _____ et N. _____ relevaient qu'en dépit d'un traitement de Lyrica, des douleurs neuropathiques invalidantes persistaient, excluant selon eux la reprise du travail. Aucun de ces médecins ne s'est toutefois prononcé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Invité à se prononcer sur les documents médicaux produits, le Dr L. _____ a indiqué qu'il ne niait pas l'atteinte du nerf saphène gauche,

tout en relevant qu'elle ne constituait pas un élément justifiant la prolongation de l'incapacité de travail. Les limitations fonctionnelles retenues tenaient compte de cette atteinte et l'assuré était à même de travailler dans une activité compatible avec celles-ci (avis du 26 janvier 2017).

Par décision du 12 janvier 2017, la CNA a dénié le droit de E._____ à une rente d'invalidité, au motif que la diminution de la capacité de gain due à l'accident du 26 mars 2015 s'élevait à 1% seulement. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entraîne pas non plus en ligne de compte, en l'absence d'atteinte importante à l'intégrité consécutive à cet accident.

Le 10 février 2017, E._____ s'est opposé à cette décision, reprenant pour l'essentiel les arguments développés dans son écriture du 5 janvier précédent.

Le dossier de E._____ a une nouvelle fois été soumis au Dr L._____, lequel a confirmé les conclusions de son appréciation du 21 septembre 2016 (rapport du 22 mars 2017).

Par décision sur opposition du 25 octobre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 12 janvier 2017.

B. Par acte du 21 novembre 2017, E._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi de plus amples prestations à compter du 1^{er} décembre 2016, la cause étant au surplus renvoyée à la CNA pour complément d'instruction. D'après l'assuré, son incapacité de travail était totale en raison de l'important état algique en lien avec l'atteinte du nerf saphène gauche. Il reprochait à la CNA de ne pas prendre en compte les conséquences de cet état sur sa capacité de travail, alors même qu'elle admettait que cette atteinte était à sa charge. S'appuyant sur le rapport des Drs H._____ et M._____ du 4 octobre 2016, il faisait en outre valoir que sa situation clinique n'était pas

stabilisée étant donné les traitements en cours ou à prévoir. Dans ce contexte, il appartenait à la CNA de reprendre le versement des indemnités journalières à 100%. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans sa réponse du 30 août 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. En premier lieu, elle a relevé que dans la mesure où l'intervention proposée par les Drs H._____ et M._____ n'était pas susceptible d'améliorer ou de rétablir la capacité de travail de l'assuré, mais uniquement d'améliorer son confort, la stabilisation de son état de santé au 30 novembre 2016 devait être confirmée. En second lieu, elle a souligné qu'elle avait tenu compte de l'état algique de l'intéressé ; d'une part, il apparaissait que ses douleurs avaient diminué depuis la prise de Lyrica, de sorte qu'elles devaient être relativisées ; d'autre part, elles se manifestaient principalement en position accroupie, laquelle avait été prohibée par le Dr L._____ au titre des limitations fonctionnelles. La CNA a joint à son écriture une appréciation médicale du Dr L._____ du 29 août 2018.

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) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et

respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 novembre 2016, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 26 mars 2015 et les troubles persistants.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause

à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités).

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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo*

sine) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

4. D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. A la suite de l'accident du 26 mars 2015, il est établi que le recourant a présenté des lésions au genou gauche.

a) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des prises de positions des Drs K._____ du 20 juillet 2016 et L._____ du 21 septembre 2016, selon lesquelles, d'une part, la situation était désormais stabilisée et, d'autre part, le recourant disposait, malgré la présence - non contestée - d'une atteinte du nerf saphène interne gauche, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans travail à genoux, évitant la position accroupie, sans port de charges lourdes et sans échelle).

b) Rien au dossier ne permet de retenir que l'incapacité de travail du recourant serait actuellement totale. Pour peu que l'on puisse tirer des conclusions de ces documents, les constats opérés dans les rapports médicaux produits à l'appui des observations du 5 janvier 2017 (en particulier les rapports des Drs Z._____ et N._____ du 15 août 2016 et des Drs H._____ et M._____ du 4 octobre 2016) doivent être relativisées au regard des déclarations faites par le recourant au médecin d'arrondissement au cours de l'examen final du 21 septembre 2016 ainsi que des constatations opérées à cette occasion. A lire les propos du recourant, il apparaît que le périmètre de marche à plat n'est pas limité et qu'il peut également faire un peu de vélo. En outre, les décharges électriques ont fortement diminué depuis qu'il prend du Lyrica. De son côté, le Dr L._____ a relevé que « [l]a marche à pieds nus s'effectue de manière expéditive, sans aucune boiterie ; la marche sur les talons et sur la pointe des pieds est réalisée parfaitement des deux côtés ; la station unipodale peut être tenue alternativement à gauche et à droite et le sautellement unipodal est de grande amplitude des deux côtés ; l'accroupissement est profond mais l'assuré annonce des douleurs à la face interne du genou gauche, le relèvement est aisé. »

c) En l'absence d'éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des Drs K._____ et L._____, l'intimée pouvait à bon droit mettre fin à ses prestations dès le 30 novembre 2016 faute de causalité adéquate et ceci, sans allouer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, vu l'absence d'atteinte importante et durable à l'intégrité. Le recourant n'ayant pas discuté la comparaison des revenus effectuée par l'intimée, il n'y a pas lieu d'y revenir.

6. Le dossier est complet sur le plan médical ; il permet dès lors à la Cour de céans de statuer. L'étendue de l'incapacité de travail n'a pas à être approfondie plus avant eu égard aux considérations relatives au rapport de causalité, étant rappelé que l'examen de la causalité adéquate est une question de droit, dont la réponse incombe à l'administration, respectivement au juge, non pas aux médecins. Partant, la mise en œuvre

d'une expertise médicale n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle.

On rappellera que si l'assureur 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 de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

7. a) En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant toute prestation au recourant après le 30 novembre 2016.

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 25 octobre 2017 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. E. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :