

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 6 al. 1 et 16 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de chauffeur pour le compte de la société G._____, depuis le 1^{er} septembre 2011. A ce titre, il bénéficiait d'une couverture d'assurance contre les 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 28 juillet 2014, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail. En voulant récupérer le sol de son bus, il a glissé et est tombé. La chute lui a causé des douleurs à la cage thoracique et aux genoux. La CNA a pris le cas en charge, notamment par le versement d'indemnités journalières.

Des investigations par imagerie par résonance magnétique (IRM) ont permis de constater que l'assuré présentait :

- au genou droit, une lésion de grade II de l'ensemble du ménisque externe, une rupture complexe de la corne postérieure du ménisque interne, avec probable anse de seau intra-articulaire postérieure, ainsi qu'un ligament croisé antérieur hyperéchogène et épaissi (cf. IRM du 31 juillet 2014),
- au genou gauche, une déchirure verticale oblique du tiers moyen du ménisque interne (cf. IRM du 7 août 2014).

Le Prof. S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une méniscectomie par arthroscopie du genou droit le 17 septembre 2014, puis du genou gauche le 14 janvier 2015. Dans un rapport du 2 février 2015, il a fait état de douleurs séquellaires du genou droit et d'amyotrophie bilatérale des quadriceps. Le Prof. S._____ a fait procéder à une IRM du genou gauche le 23 mars 2015, dont il est ressorti que l'assuré présentait une rupture du ménisque interne avec un probable fragment semi-libre de la partie postérieure résiduelle, ainsi qu'un important amincissement cartilagineux du compartiment fémoro-tibial interne. Ces constats ont conduit le

chirurgien à procéder à une nouvelle ménisectomie du genou gauche le 3 juin 2015. Dans un rapport du 31 août 2015 à la CNA, il a indiqué que le résultat au niveau du genou gauche était insuffisant et nécessitait une prolongation de l'arrêt de travail.

Dans un avis du 7 septembre 2015, la Dresse T._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé qu'il existait un lien de causalité entre l'opération du 3 juin 2015 et l'accident du 28 juillet 2014.

Se prononçant le 1^{er} mars 2016, la Dresse E._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé que l'assuré ne subissait plus de limitations dues à l'accident assuré et qu'il pouvait reprendre son activité habituelle.

Par courrier du 31 mars 2016, se référant à l'avis de la Dresse E._____, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2016.

Le 4 avril 2016, le Prof. S._____ a indiqué à la CNA qu'il estimait que son patient ne pouvait pas reprendre le travail à plus de 30% dès le 1^{er} avril 2016. Dans un rapport du 18 avril 2016, le Prof. S._____ a précisé qu'à la suite des lésions méniscales et cartilagineuses, l'assuré présentait des douleurs aux deux genoux, prédominantes à droite à la marche, lors des changements de positions et à la sollicitation répétée. Il a précisé que le traitement (physiothérapie et injections) avait permis une amélioration de la situation, qui autorisait une reprise progressive du travail, soit à 30% du 4 avril au 4 juillet 2016, à 50% du 5 juillet au 5 octobre 2016, à 70% du 6 octobre 2016 au 6 janvier 2017 puis si possible à 100%, cette progression étant nécessaire afin de permettre l'adaptation du cartilage.

Par avis du 26 avril 2016, le Dr C._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a fait savoir que l'arthroscopie, la ménisectomie partielle et la toilette de l'articulation ne pouvaient expliquer l'incapacité de travail prévue par le Prof. S._____ jusqu'au 1^{er}

janvier 2017, une pleine capacité de travail étant dans la règle recouvrée dans un délai de quatre à huit semaines après opération.

Le 2 mai 2016, le Prof. S._____ a attesté une nouvelle incapacité totale de travail dès le 3 mai 2016.

Répondant le 28 juillet 2016 à un questionnaire de DAS Protection Juridique SA, mandataire de l'assuré, le Prof. S._____ a indiqué que son patient présentait, au genou gauche, une usure cartilagineuse post traumatique du plateau tibial interne ayant subi deux ménisectomies partielles et des injections d'acide hyaluronique pour lésions post traumatiques du cartilage, ainsi que, au genou droit, une rupture traumatique en anse de seau du ménisque interne également opérée, avec petite lésion cartilagineuse post traumatique (liée à l'anse de seau). Le Prof. S._____ a précisé que les troubles précités étaient en lien de causalité avec l'accident du 28 juillet 2014, ajoutant qu'il s'agissait d'une évolution post traumatique modérée dégénérative sur le cartilage. Le médecin a estimé qu'une reprise du travail à 100% dans l'activité habituelle de chauffeur, telle que préconisée par le médecin d'arrondissement, représentait un danger et ne respectait pas la nécessaire progression pour la récupération musculaire vis-à-vis d'une gestuelle particulière au niveau du membre inférieur droit. Au titre des limitations fonctionnelles, le Prof. S._____ a mentionné la répétition des gestes d'accélération et de freinage.

Se déterminant le 13 octobre 2016, la Dresse E._____ a maintenu son avis selon lequel une incapacité de travail des suites des arthroscopies n'était plus justifiée. Elle a estimé que les rapports médicaux et les clichés IRM au dossier ne mettaient en évidence aucune complication justifiant une incapacité de travail de longue durée (absence de tuméfaction, de nécrose, de contusion osseuse et d'autres limitations), précisant qu'après une arthroscopie avec ménisectomie partielle et nettoyage articulaire, une capacité de travail de 100% pouvait généralement être escomptée dans un délai de quatre à six semaines. La Dresse E._____ a en outre indiqué que l'activité de chauffeur de bus à

transmission automatique ne sollicitait pas davantage le genou que la marche quotidienne, s'agissant au contraire d'un mouvement qui ménage le genou et ne demande pas de grands efforts.

Par courrier du 4 avril 2017, DAS Protection Juridique SA a transmis de nouvelles déterminations du Prof. S._____, aux termes desquelles ce médecin déplorait que la Dresse E._____ n'ait pris en compte que la problématique méniscale des genoux de l'assuré, et non ses problèmes d'usure cartilagineuse responsables des douleurs et des limitations (arthrose avec usure cartilagineuses vues sur arthroscopie). Le Prof. S._____ a ajouté qu'en cas de chondropathies, la station assise prolongée et les petits mouvements de flexion extension prévalant lors de la conduite de cars pouvaient être douloureux, comme c'était le cas pour l'assuré, et ce quelle que soit l'importance de la force mise en jeu. Le médecin a précisé que les douleurs à la conduite étaient intolérables et faisaient courir un risque s'agissant de la sécurité de la conduite, empêchant l'exercice de l'activité à 100%.

Dans une nouvelle appréciation du 23 mai 2017, la Dresse E._____ a maintenu son avis du 13 octobre 2016, précisant que les rapports d'arthroscopie n'avaient pas documenté d'atteintes marquées du cartilage.

Par décision du 6 juillet 2017, la CNA a confirmé la fin du versement des indemnités journalières au 31 mars 2016, précisant que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, l'incapacité de travail n'était plus liée à l'accident, une pleine capacité de travail ayant été recouvrée au plus tard six semaines après chaque date d'opération.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée. Par l'intermédiaire de son nouveau mandataire, Me David Métille, il a produit un rapport du 10 janvier 2018 du Prof. S._____ ainsi qu'un questionnaire du 20 septembre 2017 auquel le Prof. S._____ a répondu par des annotations manuscrites. Le Prof. S._____ y faisait valoir que la récupération ensuite des deux premières interventions chirurgicales des 17 septembre 2014 et 14 janvier 2015 avait été très lente, avec une aggravation des douleurs,

suivie d'une nouvelle méniscectomie interne à gauche le 4 juin 2015. L'amélioration du genou gauche avait alors continué mais restait encore insuffisante au 31 août 2018. Des injections d'acide hyaluronique (AH) et de plasma riche en plaquettes (PRP) avaient été effectuées des deux côtés durant l'automne 2015. En février 2016, la progression continuait mais les douleurs persistaient, nécessitant un traitement par anti-inflammatoires et antalgiques. Après une reprise du travail à 30% au début avril 2016, les douleurs importantes étaient réapparues en mai 2016, obligeant un nouvel arrêt de travail à 100%. Le Prof. S._____ a ajouté que depuis lors, l'assuré présentait des douleurs aux deux genoux, avec lésions cartilagineuses post-traumatiques, douleurs qui étaient manifestement et exclusivement liées à l'accident assuré. Le Prof. S._____ a encore précisé que les lésions cartilagineuses étaient peu visibles sur les IRM mais avaient été constatées lors des arthroscopies.

Dans une appréciation médicale du 15 février 2018, la Dresse E._____ a maintenu ses déterminations antérieures.

Par décision sur opposition du 20 avril 2018, la CNA a confirmé sa décision du 6 juillet 2017, retenant en substance que l'assureur-accidents ne pouvait admettre une incapacité de travail en se fondant essentiellement sur les douleurs, dont le ressenti variait d'un assuré à l'autre, et qu'il ne pouvait ignorer le fait qu'en présence d'un status post arthroscopique du genou avec méniscectomie partielle et toilette articulaire, une reprise du travail à plein temps devait en principe intervenir dans les quatre à six semaines. La CNA a également estimé que la question de savoir si la composante cartilagineuse était en relation de causalité avec l'accident du 28 juillet 2014 pouvait être laissée ouverte, dès lors que les IRM et rapports opératoires au dossier permettaient de retenir qu'il s'agissait plutôt d'atteintes d'étiologie dégénérative à l'évolution autonome et indépendante de l'événement accidentel assuré.

B. Par acte du 22 mai 2018, Q._____, représenté par Me Métille, a recouru contre la décision sur opposition précitée, dont il a principalement conclu à l'annulation, en ce sens que les indemnités

journalières dues des suites de l'accident du 28 juillet 2014 continuent d'être versées au-delà du 31 mars 2016. Subsidiairement, il a demandé le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. A l'appui de sa contestation, l'assuré a remis en cause la valeur probante des rapports de la Dresse E._____, estimant que l'avis du Prof. S._____ était de nature à éveiller un doute quant à la fiabilité des conclusions prises par le médecin d'arrondissement de la CNA. Au titre des mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

Dans une réponse du 9 août 2018, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Par réplique du 3 septembre 2018 et duplique du 16 octobre 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents des suites de l'accident du 28 juillet 2014 au-delà du 31 mars 2016.

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. L'assuré a notamment le droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

c) 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).

4. Selon 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

5. a) Dans le cas d'espèce, le recourant a subi à la suite de l'accident du 28 juillet 2014 une rupture complexe du ménisque interne au genou droit ainsi qu'une lésion du ménisque interne au genou gauche. Ces lésions ont donné lieu à des traitements par arthroscopie, le 17 septembre 2014 pour le genou droit et les 14 janvier et 3 juin 2015 pour le genou gauche. Cependant, malgré ces interventions, le recourant a continué à

souffrir de douleurs aux deux genoux, se manifestant principalement à la marche, lors des changements de positions ainsi qu'à la sollicitation répétée. Selon le Prof. S._____, les lésions cartilagineuses post traumatiques, qu'il fait grief à la Dresse E._____ d'avoir occultées, peu visibles sur les IRM mais constatées lors des arthroscopies, sont à l'origine des douleurs et sont manifestement et exclusivement en lien de causalité avec l'accident du 28 juillet 2014. Du fait de cette chondropathie sont singulièrement douloureuses la station assise prolongée ainsi que la répétition des gestes d'accélération et de freinage (impliquant des mouvements de flexion et extension), ces situations étant très fréquentes dans l'activité de chauffeur de bus. Toujours de l'avis du Prof. S._____, les douleurs connues par le recourant sont intolérables et font au demeurant courir un risque au niveau de la sécurité routière, empêchant l'exercice de l'activité à 100%, toute reprise du travail devant intervenir de manière très progressive, afin de permettre l'adaptation des cartilages à la sollicitation.

b) La persistance de douleurs n'est pas contestée par l'intimée. Celle-ci estime toutefois que les pièces au dossier ne permettent pas d'objectiver des atteintes justifiant une incapacité de travail de longue durée, notamment pas d'éléments plaidant en faveur de complications des suites des arthroscopies. Elle en déduit, d'une part, que les douleurs résiduelles ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail au-delà du 31 mars 2016 et, d'autre part, qu'elles sont à mettre sur le compte d'atteintes dégénératives, sans lien de causalité probable avec l'accident assuré.

c) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent pas pour justifier une diminution de la capacité de travail. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit ainsi être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière

conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C_7 2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2). Pour que l'on puisse valablement tirer la conclusion que des douleurs ne justifient pas d'incapacité de travail, comme l'a fait l'intimée en l'espèce, encore faut-il que les investigations médicales menées pour déterminer la cause desdites douleurs aient abouti à la constatation d'une situation dans les limites de la norme et à l'absence de tout substrat organique. Or force est de constater que tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, le dossier produit par l'intimée ne contient aucune trace d'investigations qui auraient été menées pour déterminer la cause des douleurs persistantes. En particulier, aucun bilan radiologique de contrôle n'a été réalisé postérieurement aux arthroscopies, ce qu'on peine à s'expliquer compte tenu des plaintes récurrentes du recourant.

Certes, le Prof. S._____ soutient que les douleurs seraient liées à des problèmes d'usure cartilagineuse post-traumatique. Ce médecin ne fournit toutefois que des explications sommaires et son point de vue n'est pas objectivement documenté.

De même, la Dresse E._____ ne saurait être suivie lorsqu'elle soutient que les clichés IRM disponibles ne mettent en évidence aucune complication propre à justifier une incapacité de travail. Ce médecin se réfère en effet à des documents radiographiques réalisés antérieurement aux arthroscopies et qui ne sont pas susceptibles de renseigner sur l'évolution postopératoire. En l'absence de renseignements médicaux précis sur ladite évolution, l'intimée ne pouvait affirmer que les douleurs actuelles étaient probablement d'origine dégénérative ni soutenir péremptoirement qu'il fallait généralement s'attendre, après une arthroscopie avec ménissectomie partielle, à une capacité de travail de 100% après quatre à six semaines.

De fait, rien ne permet d'exclure, en l'état du dossier, que les douleurs actuelles du recourant – dont la cause n'est pas clairement identifiée – ne seraient pas la conséquence de l'accident dont il a été la victime le 28 juillet 2014. Cela étant, sauf à faillir à son devoir d'instruire

la cause d'office, l'intimée ne pouvait faire l'économie de mesures d'instruction complémentaire avant de rendre la décision litigieuse.

d) En définitive, l'instruction opérée par l'intimée, lacunaire, laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation faite par ses médecins d'arrondissement. Les pièces en mains de la Cour de céans ne permettant pas de trancher la question litigieuse en toute connaissance de cause, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA).

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 2'800 francs.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 20 avril 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la

cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Q._____ le montant de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour le recourant),
- Me Antoine Schöni (pour l'intimée),
- 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 :