

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 septembre 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, au [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] a été employé du 7 août au 22 octobre 2017 en qualité de chauffeur de camion auprès de la société [...], sise [...]. A ce titre, il était assuré 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 24 août 2017, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail, lors duquel il s'est coincé le pied et la jambe gauches dans un chariot grillagé provoquant une entorse au niveau du genou gauche. Les premiers soins ont été donnés par le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré. Ce médecin a attesté une totale incapacité de travail dès le jour de l'accident.

Dans un rapport du 25 août 2017 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche réalisée le même jour, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a notamment retenu ce qui suit :

***Indication :***

Antécédents opératoires au niveau du genou en 1986. Récidive d'entorse avec douleur interne.  
(...)

***CONCLUSION :***

Péri-tendinite significative autour du tendon du muscle semi-tendineux avec épanchement intra-articulaire modéré mais significatif.  
Status séquellaire au niveau du compartiment fémoro-tibial interne avec chondromalacie et atteinte méniscale significative.

Par courrier du 6 septembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge le cas.

Le 26 septembre 2017, la Dre Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a adressé au Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un rapport

consécutif à des radiographies du genou gauche, aux termes duquel ce médecin a notamment observé ce qui suit :

**Description :**

Amincissement du compartiment fémoro-tibial interne avec remodellement ostéophyttaire et sclérose sous-chondrale. Compartiment fémoro-tibial externe sans particularité. Le compartiment fémoropatellaire est aminci médialement avec remodellement ostéophyttaire.  
(...)

Dans un rapport du 27 septembre 2017 adressé au Dr W.\_\_\_\_\_, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a relevé que les mouvements des hanches et des deux genoux de l'assuré étaient indolores et qu'il n'y avait pas de douleurs à la pression du genou gauche, mais une hypersensibilité à sa palpation. Il a en outre indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident du genou gauche survenu durant l'année 1986 nécessitant une intervention chirurgicale, tout en précisant qu'après cette prise en charge, l'assuré n'avait plus souffert de douleurs, ni présenté de limitations physiques dues audit accident.

Le 19 octobre 2017, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a adressé au Dr W.\_\_\_\_\_ un rapport, dans lequel il a fait part de ses observations :

**Evolution**

Le patient a présenté une diminution significative des douleurs. Il est actuellement à l'arrêt travail à 100 % et il a été récemment licencié.

**Status clinique**

Minime épanchement intra articulaire.

Légère hypersensibilité du côté médiane de son genou avec des accrochages à la flexion/extension du genou qui pourrait expliquer en partie ses douleurs et l'inflammation de la patte d'oie.

**Bilan radiologique**

Le bilan radiologique confirme la présence de changements dégénératifs avancés du compartiment fémoro tibial interne avec des ostéophytes médiales dans un contexte d'un morphotype normo axé d'après la radiographie de longue axe.

**Attitude**

J'ai proposé dans un premier temps de faire un travail de physiothérapie.

Si dans deux mois, il persiste avec des douleurs importantes on pourrait envisager une arthroscopie de toilette pour enlever partiellement des ostéophytes qui frottent contre la patte d'oie et les structures des tissus mous à l'interligne interne est dans l'échancrure.

Il n'y a malheureusement pas la possibilité de faire une ostéotomie de valgisation.

J'ai conseillé au patient également de trouver un travail plus adapté à son problème de genou car à long terme, il aura besoin probablement d'une prothèse de genou.

Dans un avis du 17 novembre 2017, la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré avait subi une entorse du genou gauche dans le sens d'une aggravation transitoire des atteintes dégénératives préexistantes. A cet égard, ce médecin a évalué la période de guérison à environ trois mois. Elle a en outre demandé à la CNA d'examiner son devoir de prester, dans la mesure où les documents mis à disposition ne mentionnaient pas de lésions structurelles consécutives à l'accident du 24 août 2017.

Dans un rapport du 5 février 2018, le Dr A.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant de l'assuré, a relevé que l'assuré présentait une atteinte méniscale et une péritendinite, tout en précisant que les douleurs actuelles étaient handicapantes et probablement en lien avec l'événement survenu le 24 août 2017. Ce médecin a proposé un traitement conservateur et une réévaluation de la situation à la mi-février 2018.

Dans son appréciation du 22 mars 2018, la Dre V.\_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit :

(...)

#### **Appréciation**

Lors de l'événement du 24 août 2017, M. D.\_\_\_\_\_ a été victime d'une entorse du genou gauche ayant entraîné une situation d'aggravation transitoire, sur modifications dégénératives préexistantes.

Les documents dont nous disposons ne mentionnent pas de lésions structurelles consécutives à cet accident.

D'après l'expérience clinique dont on dispose, les suites d'une entorse du genou devraient avoir disparu après trois ou quatre mois.

L'assuré présente des modifications dégénératives importantes au niveau de son genou gauche, avec amincissement de l'interligne articulaire et formation d'ostéophytes. Ces altérations sont vraisemblablement consécutives à un traumatisme du genou gauche survenu en 1986 et ayant nécessité un traitement chirurgical. Les troubles que M. D. \_\_\_\_\_ fait valoir actuellement sont attribuables à ces altérations dégénératives.

En d'autres termes, ils n'ont pas de lien de causalité avec l'événement accidentel du 24.08.2017.

Par décision du 11 avril 2018, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 24 décembre 2017, au motif que les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident survenu le 24 août 2017. La CNA s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, selon lequel l'état de santé de l'assuré tel qu'il était avant l'accident pouvait être considéré comme rétabli le 25 décembre 2017 au plus tard.

Par acte du 3 mai 2018, complété le 11 mai suivant, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a formé opposition contre cette décision en concluant à son annulation et à la reprise du versement des prestations. Il a en substance reproché à la CNA d'avoir écarté les avis des Drs A. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 15 juin 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 11 avril 2018. Se fondant sur l'avis de la Dre V. \_\_\_\_\_, elle a en substance retenu que les troubles de l'assuré ne présentaient plus de lien de causalité avec l'accident survenu le 24 août 2017.

**B.** Par acte du 17 août 2018, D. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision sur opposition rendue le 15 juin 2018 par la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi de prestations de la part de l'assureur-accidents. D. \_\_\_\_\_ fait en substance grief à la CNA d'avoir constaté de manière inexacte les faits en se fondant sur un avis théorique de son médecin d'arrondissement et en écartant les appréciations des Drs Q. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_.

Par réponse du 19 septembre 2018, la CNA propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

D.\_\_\_\_\_ n'a pas procédé plus avant.

### **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.** Dans le cas d'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 24 décembre 2017, singulièrement il porte sur la question de savoir si les troubles actuels sont encore en lien de causalité avec l'événement survenu le 24 août 2017.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel (art. 7 LAA), d'accident non professionnel (art. 8 LAA) ou de maladie professionnelle (art. 9 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés 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 (*statu quo sine*). A l'inverse, 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\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

**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 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

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. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident professionnel survenu le 24 août 2017. En revanche, les positions des parties divergent sur le point de savoir s'il existe encore un lien de causalité entre l'événement précité et les troubles du recourant subsistant au-delà du 24 décembre 2017.

Pour arriver à la conclusion que les douleurs du recourant sont à mettre sur le compte d'atteintes dégénératives préexistantes audit accident, l'intimée se fonde sur l'avis de son médecin d'arrondissement, la Dre V.\_\_\_\_\_. Dans le cadre de son appréciation, ce médecin relève que le recourant présente des atteintes dégénératives importantes au niveau de son genou gauche et que l'entorse survenue au même genou à la suite de l'accident du 24 août 2017 s'inscrit dans le contexte d'une aggravation transitoire de ces atteintes dégénératives. Selon l'expérience médicale clinique, la Dre V.\_\_\_\_\_ estime que l'effet délétère d'une entorse du genou est à considérer comme disparu trois à quatre mois après sa survenance, retenant ainsi qu'il n'existe plus de lien de causalité entre l'accident précité et les troubles du recourant subsistant au-delà du 24 décembre 2017 (cf. rapport du 17 novembre 2017 et 22 mars 2018).

A l'examen du dossier de la cause, la Cour de céans ne peut que se rallier à cette appréciation.

En effet, il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions de la Dre V.\_\_\_\_\_ et le recourant n'amène, au demeurant, aucune pièce médicale propre à remettre en cause ces conclusions.

L'IRM et les radiographies réalisées dans le cadre du dossier démontrent notamment l'existence d'atteintes dégénératives significatives au niveau du genou gauche. L'IRM décrit une nette chondropathie du compartiment fémoro-tibial interne et les radiographies confirment un amincissement du compartiment fémoro-tibial interne avec des ostéophytes (cf. rapports d'IRM et de radiographies respectivement des 25 août et 26 septembre 2017).

Dans ce sens, le Dr Y. \_\_\_\_\_ relève que le bilan radiologique du recourant confirme la présence de changements dégénératifs avancés du compartiment fémoro-tibial interne avec des ostéophytes. Ce médecin observe en outre que le recourant a présenté une diminution significative des douleurs au mois d'octobre 2017 déjà et préconise à ce propos un traitement de physiothérapie et une arthroscopie de toilettage pour enlever une partie des ostéophytes en cas de persistance des douleurs après deux mois. Hormis un traitement conservateur pour traiter les douleurs persistantes du recourant dans les deux mois suivants, force est de constater que le Dr Y. \_\_\_\_\_ propose fondamentalement, après le mois de décembre 2017, un traitement afin de soigner l'atteinte dégénérative du recourant (cf. rapport du 19 octobre 2017).

Quant au Dr A. \_\_\_\_\_, il se cantonne à prolonger l'incapacité de travail du recourant sans donner plus d'explications, tout en indiquant que les douleurs actuelles du recourant sont probablement en lien avec l'événement du 24 août 2017. Non seulement le Dr A. \_\_\_\_\_ ne motive aucunement son avis mais, en outre, il émet une réserve quant au rapport de causalité entre les troubles subsistants du recourant et l'accident en question en utilisant le terme « probablement » (cf. rapport du 5 février 2018).

Partant, il y a lieu d'admettre que le recourant - au moment déjà où le Dr Y. \_\_\_\_\_ l'a examiné au mois d'octobre 2017 - était proche du *statu quo ante*, si bien que les troubles persistant au-delà du 24 décembre 2017 n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 24 août 2017. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée a

mis fin au versement des prestations de l'assureur-accidents au 24 décembre 2017.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et n'est plus assisté (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 15 juin 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- D.\_\_\_\_\_, au [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :