

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 juin 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Dessaux et Durussel, juges  
Greffière: Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Français, avocat à  
Lausanne,

et

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 49 LPGGA ; art. 6, 16, 18, 24 et 36 al. 1 et 2 LAA.**

**E n f a i t :**

**A. a)** H. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], s'est déchiré le ligament croisé antérieur du genou gauche lors d'un accident le 19 août 1995. L'assureur-accidents de son employeur de l'époque, [...] Assurances SA (ci-après : M. \_\_\_\_\_ ou l'intimée), a pris le cas en charge.

Le 30 octobre 1995, l'assuré s'est soumis à une opération de plastie de reconstruction du ligament croisé antérieur et résection d'une plica synoviale sous contrôle arthroscopique, avec une plastie de complément antéro-externe extra-articulaire. Dans un rapport du 26 mars 1996, le médecin opérateur, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une évolution lentement favorable, avec un genou calme, un léger déficit de flexion, une stabilité ligamentaire et une hypotrophie de la musculature de la cuisse. Le 7 novembre 1996, il a mentionné des douleurs et une enflure à prédominance poplitée après les efforts, une hypotrophie musculaire de la cuisse, ainsi qu'une laxité ligamentaire modérée, nettement plus marquée que du côté controlatéral, en particulier à la manœuvre de Lachman. Le 20 mars 1997, il a décrit un genou sans instabilité ni signe inflammatoire, librement mobile. Il y avait des douleurs postérieures à l'effort et des crépitations de caractère cicatriciel assez importantes à la mobilisation. Une arthroscopie avait été proposée en vue de nettoyer les cicatrices articulaires responsables des douleurs résiduelles et des crépitations à la mobilisation. L'assuré n'avait à ce stade pas souhaité se soumettre à cette intervention.

Le 17 février 1998, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait état d'une persistance de douleurs mécaniques et d'une tuméfaction à l'effort, un peu plus de deux ans après la plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche. La causalité naturelle avec l'accident de 1995 était certaine. Un nettoyage du genou sous arthroscopie était désormais prévu le 6 mars 1998. Une atteinte à l'intégrité était prévisible, avec une lésion

dégénérative débutante et une laxité augmentée du genou gauche. Une évaluation de cette atteinte serait possible « après stabilisation des suites du nettoyage sous arthroscopie ».

Le 6 mars 1998, le Dr K.\_\_\_\_\_ a procédé à une arthroscopie du genou gauche de l'assuré. Lors de l'intervention, il a notamment constaté deux ménisques bien insérés, sans aucune lésion. La greffe du ligament croisé antérieur était peu tendue, mais de bon calibre et bien insérée. Elle se tendait correctement en tiroir antérieur. En avant de cette plastie, il y avait des formations cicatricielles que le Dr K.\_\_\_\_\_ a excisées au shaver. Ces dernières se prolongeaient jusque sur les cornes antérieures des ménisques interne et externe. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a procédé à un « nettoyage prudent et complet ». Il a par ailleurs constaté, en arrière de la rotule, une chondromalacie de stade I-II de la facette interne. La crête médiale et la facette externe étaient sans lésion de même que la trochlée. Une petite plica cicatricielle se prolongeant par quelques masses cicatricielles masquait la pointe de la rotule. Le Dr K.\_\_\_\_\_ les a nettoyées au shaver.

Le 12 mai 1998, le Dr K.\_\_\_\_\_ a décrit un genou calme, sans épanchement. Le patient s'était dit bien amélioré lors du dernier contrôle, le 30 mars 1998. Il y avait de légers signes de chondropathie de la rotule. Le traitement était terminé. Un dommage permanent était à craindre, sous la forme d'une arthrose post-traumatique à long terme.

**b)** Le 13 mai 2002, H.\_\_\_\_\_ a été engagé comme monteur par l'entreprise J.\_\_\_\_\_ Sàrl. Son emploi impliquait la manutention de valves hydrauliques et, par conséquent, le port de charges lourdes. J.\_\_\_\_\_ Sàrl est affiliée à la Caisse [...] (ci-après : la Caisse Z.\_\_\_\_\_ ) pour l'assurance-accidents de ses employés.

Le 7 mars 2017, l'employeur a annoncé un accident qui serait survenu le 16 février 2017, jour où l'assuré avait été licencié. Entendu le 26 avril 2017 par un employé de la Caisse Z.\_\_\_\_\_, l'assuré a exposé que le 15 février 2017, alors qu'il tirait une palette en avant, son talon

gauche s'était croché dans la palette. Il était tombé en avant, sur les mains et s'était fait mal au genou. En ce qui concerne ses antécédents, il a mentionné les interventions subies en 1995 et 1998, en précisant avoir pu reprendre son activité habituelle de serveur six mois après l'opération de 1998, sans plus ressentir de problème particulier à son genou. Depuis deux ans toutefois, il avait commencé à sentir de plus en plus de douleurs dans le genou gauche, ainsi que des lâchages, sans événement particulier. En septembre 2016, comme l'état du genou ne s'améliorait pas, il s'était rendu chez son médecin traitant. Ce dernier l'avait envoyé chez le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. L'assuré avait ensuite suivi une physiothérapie, qui avait apporté un certain soulagement. En janvier 2017, il avait revu le Dr P.\_\_\_\_\_, qui lui avait parlé de plusieurs options opératoires. Le 23 février 2017, ce médecin lui avait proposé une plastie du ligament croisé antérieur. L'opération avait été fixée au 15 mai 2017.

La Caisse Z.\_\_\_\_\_ s'est procuré les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, P.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ à la suite des consultations de 2016.

Selon le rapport établi le 26 septembre 2016 par la Dre T.\_\_\_\_\_, il était rappelé que l'assuré avait été victime d'un accident au genou gauche quinze ans auparavant et qu'il avait dû se faire opérer. Depuis lors, il n'avait jamais utilisé sa jambe gauche de la même manière que la droite. Il était également fait mention d'une notion de discopathie au niveau L3-L4 et L4-L5. Au status, la Dre T.\_\_\_\_\_ a noté qu'elle ne trouvait rien de relevant au niveau de la colonne lombaire, avec des réflexes normaux, ni au niveau du genou gauche, hormis une atrophie de toute la cuisse gauche. Elle se demandait si cette atrophie était due à une mauvaise utilisation de la jambe seulement ou si une compression nerveuse sous-jacente en était à l'origine.

Dans son rapport du 28 septembre 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a quant à lui noté ce qui suit :

« Il s'agit d'un patient de 45 ans, gaucher, tabagique à deux paquets de cigarettes par jour, père de trois enfants. Il travaille comme monteur. Ses antécédents font état en 1996 d'un accident de football avec déchirure ligamentaire au niveau du genou gauche, opérée à [...]. Dès lors, il utilise moins le MIG en raison de l'apparition d'œdèmes au niveau du genou qui par deux fois avaient été ponctionnés. En hiver dernier, alors qu'il était en train de pratiquer la chasse, il a fait une glissade et a dû redescendre deux kilomètres en pente, ce qui a entraîné des douleurs au niveau du genou gauche et un œdème au niveau de cette articulation avec par la suite progressivement une relative fonte musculaire de la cuisse gauche ».

Cela étant, le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a pas décelé de signe d'atteinte neurologique. Il a observé une discrète hypomyotrophie de la cuisse et de la jambe gauche, attribuable « à [son] avis au problème orthopédique ».

Dans un rapport du 18 mai 2017, relatif à une consultation d'orthopédie du 21 octobre 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré avait déjà subi une plastie du ligament croisé antérieur et éventuellement une méniscectomie il y a dix-huit ans, à la suite d'un accident. A compter de ce moment, le genou avait toujours été un peu irritable et avait eu tendance à gonfler. Au mois de décembre 2015, lors d'une partie de chasse dans un pays étranger, l'assuré avait été victime d'une glissade et son genou avait été fortement tuméfié. Une atrophie musculaire était par la suite apparue, sans explication neurologique. L'assuré se plaignait surtout de lâchage du genou gauche et d'une sensation de faiblesse. Au terme de son examen clinique, lors duquel il a constaté notamment un épanchement au genou gauche et un test de Lachman fortement positif, le Dr P. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une « re-rupture » du ligament croisé antérieur, avec de possibles troubles dégénératifs associés. Il a prescrit de la physiothérapie de renforcement musculaire, le port d'une attelle articulée pour améliorer la stabilité du genou au travail, ainsi que la pratique du vélo d'appartement pour retonifier la musculature. L'atrophie musculaire provenait selon lui certainement d'un genou fragile, irritable, ce qui conduisait l'assuré à ménager son membre inférieur gauche.

Par la suite, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a confirmé une disparition de la plastie du ligament croisé antérieur et des

troubles dégénératifs majeurs sur le compartiment interne du genou gauche, avec des déchirures du ménisque dégénératives. Les radiographies standards mettaient également en évidence une arthrose assez avancée en interne (cf. rapport du 18 mai 2017 du Dr P. \_\_\_\_\_ relatif à la consultation du 9 janvier 2017.

Le 15 mai 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_ a réalisé une arthroscopie du genou avec plastie du ligament croisé antérieur, égalisation et résection du reste du ménisque interne. Lors de l'intervention, ce médecin a observé une chondropathie sévère de degré III à IV sur le condyle fémoral interne, une ancienne déchirure du ménisque interne et la quasi-disparition de l'ancien greffon du ligament croisé antérieur. Au niveau du compartiment externe, la chondropathie de degré I était diffuse.

Le 9 juin 2017, la Dre L. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Caisse Z. \_\_\_\_\_, a observé que le Dr P. \_\_\_\_\_ avait mentionné une chute en décembre 2015, mais que l'assuré avait réfuté tout nouveau traumatisme ou nouvelle chute. Elle a conclu ce qui suit :

« En l'absence de traumatisme avéré et déclaré par l'assuré, nous pouvons dire que les lésions constatées en octobre 2016 par le Dr P. \_\_\_\_\_ ne peuvent pas être en relation de causalité avec l'événement du 15.02.17. Il s'agit d'une rechute de l'événement initial de 199-1996 [recte : 1995] (non à charge de la Caisse Z. \_\_\_\_\_). Le lien de causalité n'est même pas possible entre les troubles constatés et l'événement du 15.02.17. L'opération effectuée le 15.05.17 n'est donc pas à notre charge ».

Le 18 juillet 2017, à la suite de ce rapport, la Caisse Z. \_\_\_\_\_ a transmis son dossier à M. \_\_\_\_\_, en lui exposant que les atteintes au genou gauche de l'assuré étaient une rechute de l'accident du 19 août 1995. Elles étaient donc à la charge de M. \_\_\_\_\_.

Le 29 août 2017, se référant à cette lettre de la Caisse Z. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ Sàrl a demandé à M. \_\_\_\_\_ d'intervenir et de verser directement à l'assuré les indemnités journalières. Le 21 septembre 2017, M. \_\_\_\_\_ a indiqué, par téléphone, qu'elle avait consulté son médecin conseil et prendrait le cas en charge. Par courrier du 26 septembre 2017

adressé à l'employeur, avec copie à H. \_\_\_\_\_ ainsi qu'à la Caisse Z. \_\_\_\_\_, elle a confirmé qu'elle prenait en charge le cas en assumant les frais de traitement, ainsi que le paiement d'une indemnité journalière de 164 fr. 40 dès le 16 février 2017.

Par la suite, M. \_\_\_\_\_ a confié la réalisation d'une expertise au Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 12 février 2018, l'expert a notamment mentionné, en anamnèse, que l'assuré avait pu travailler sans difficulté après la fin du traitement en 1998. L'évolution du genou gauche avait été satisfaisante. A partir de 2010, sans cause déclenchante, l'assuré avait remarqué une tuméfaction récidivante à l'effort de son genou gauche, ainsi que des lâchages. Il n'avait pas consulté de médecin, mais avait acheté une attelle pour son genou, qu'il utilisait pour travailler. En décembre 2015, il avait fait une glissade lorsqu'il faisait de la chasse. Son genou gauche était devenu tuméfié. Il y avait eu une exacerbation des douleurs du genou gauche durant un mois. Par la suite, le genou était comme avant. En 2016, il avait consulté son médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_, qui l'avait adressé aux Drs V. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_. A l'examen clinique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a constaté ce qui suit :

« **Membres inférieurs** : le morphotype est légèrement en varus avec une distance intercondylienne debout de 1.5 cm. Les périmètres des cuisses mesurés à 15 cm des pôles supérieurs des rotules est de 51.5 cm à droite, 49.5 cm à gauche. Les périmètres des mollets mesurés à 15 cm des pôles inférieurs des rotules est de 36 cm à droite et 35 cm à gauche.

En ce qui concerne les hanches, leur mobilité est complète, symétrique et indolore avec une flexion-extension à 140-0-0, rotation externe-interne 50-0-30, abduction -adduction 50-0-50. Pas de signe clinique de conflit fémoro-acétabulaire.

Les deux genoux sont stables dans tous les plans. En ce qui concerne le genou droit, il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. Les signes méniscaux sont négatifs. La flexion-extension est à 140-0-0 avec une distance talon-fesse de 7 cm.

En ce qui concerne le genou gauche, il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire- Flexion-extension 140-0-0 avec une distance talon-fesse de 15 cm. Présence d'un important rabet rotulien. Lorsqu'on teste le ménisque externe, on déclenche une petite douleur du compartiment fémoro-tibial externe. On palpe un ostéophyte du plateau tibial interne. Le signe de Lachman est positif avec une

course antéro-postérieure évaluée à 0.5 cm et un arrêt mou. Pas d'instabilité dans le plan frontal. La flexion-extension est 140-0-0 avec une distance talon-fesse de 15 cm.

En ce qui concerne les chevilles et pieds, dans les limites de la norme ».

L'expert a posé les diagnostics de gonarthrose débutante du genou gauche prédominante au compartiment fémoro-tibial interne, de status après entorse grave du genou gauche traité par plastie du ligament croisé antérieur en 1995, de status après arthroscopie du genou gauche, avec excision de tissus cicatriciels du corps de Hoffa en 1997, de status après plastie itérative du ligament croisé antérieur du genou gauche et ménissectomie partielle du ménisque interne en 2017, de suspicion de nouvelle déchirure du ligament croisé antérieur du genou gauche, de tabagisme chronique et de lombalgies chroniques sur discopathies pluriétagées. En conclusion, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« Suite à une entorse du genou gauche, survenue en 1995, il a bénéficié d'une plastie du LCA. Après une arthroscopie pour excision de tissus cicatriciels, effectué en 1998, l'assuré n'a plus eu de problème avec son genou.

A partir de 2010, tuméfaction récidivante du genou. Pas de consultation médicale. Suite à une probable nouvelle entorse de son genou gauche, survenue en décembre 2015, exacerbation des gonalgies à gauche. L'examen par IRM du genou gauche, effectué en 2016, a montré que la plastie du LCA n'était pas plus visible, déchirure d'allure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne et chondropathie grade IV du condyle fémoral interne. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a effectué une nouvelle plastie du LCA en mai 2017. L'assuré décrit une amélioration progressive de l'état de son genou gauche mais persistance de douleurs. A l'examen clinique, on suspecte une insuffisance de la nouvelle plastie du LCA.

On ne peut pas savoir avec précision l'origine de l'insuffisance de la 1<sup>ère</sup> plastie du LCA. Elle a pu se rompre spontanément dans le cadre de l'usure ou elle a pu être provoquée lors de l'évènement de 2015, ce qui est moins possible.

Sur le plan professionnel, l'activité de monteur de vannes n'est plus adaptée aux limitations fonctionnelles qui résultent de l'état du genou gauche de l'assuré.

Il est désormais apte à travailler à 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire. Il devrait éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre à répétition des escaliers ou les pentes. Il devrait éviter les travaux à

genoux ou accroupi, ainsi que le port de charges supérieures à 15 kg. Des courts déplacements à plat sont possibles (30 min) ».

Dans un rapport adressé le 9 mars 2018 à la Dre T.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que la plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche réalisée sept mois plus tôt avait amélioré l'état de l'assuré, mais son genou restait quand même assez fragile, avec des douleurs aux changements de temps. A l'examen clinique, il constatait que le genou n'était plus chaud, que la flexion-extension était complète et qu'il demeurait un peu de laxité au Lachman, mais nettement moins qu'avant l'opération. L'assuré présentait une grosse atrophie du quadriceps. Il était encouragé à le renforcer et à faire, de manière itérative, des cures de Condrosulf®. Le 5 avril 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état d'un genou moins gonflé, d'une flexion-extension libre, d'une instabilité correcte au Lachman, ainsi que d'une douleur sur l'interligne interne à la palpation.

Au cours du mois d'avril 2018, M.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une nouvelle expertise dont elle a confié la réalisation au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Le 13 juin 2018, le Dr P.\_\_\_\_\_ a expliqué à M.\_\_\_\_\_ que la plastie du ligament croisé antérieur réalisée une année auparavant avait partiellement amélioré la stabilité du genou, néanmoins, l'assuré continuait à présenter des douleurs et un épanchement en relation avec sa gonarthrose. Compte tenu de cette situation, qui était irréversible, le Dr P.\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail totale, l'assuré n'étant plus en mesure d'entreprendre une activité physique lourde sollicitant son membre inférieur gauche.

Le 6 juillet 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a remis son rapport d'expertise à M.\_\_\_\_\_. A teneur de ce dernier, il était retenu à titre de diagnostics, un status post rupture du ligament croisé antérieur gauche le 19 août 1995, un status post plastie du ligament croisé antérieur gauche, avec résection d'une plica sous arthroscopie et plastie antéroexterne extra-articulaire le 30 octobre 1995, un status post cicatrices antérieures

au genou gauche en février 1998, un status post ablation des cicatrices antérieures au genou gauche en sous arthroscopie le 6 mars 1998, un status post solution de continuité du greffon ligamentaire au genou gauche de date inconnue, diagnostiqué le 26 octobre 2016, un status post contusion du genou gauche le 15 février 2017, un status post plastie du greffon de ligament croisé antérieur du genou gauche avec méniscectomie partielle interne le 15 mai 2017, un status post chondropathie de stade I du compartiment externe et de stade III à IV du condyle fémoral interne, gonarthrose interne débutante de stade II selon Kellgren et Laqrence en date du 15 mai 2017, un genu varum gauche le 3 mai 2018, un tabagisme actif à 48 UPA, un déconditionnement musculaire global et focal, ainsi qu'une pathologie psychiatrique. En ce qui concerne la rupture du greffon ligamentaire implanté en 1995, le Dr F. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

«**Examen de la relation de causalité naturelle** concernant la rupture complète du transplant ligamentaire au genou gauche.

- **Premier élément** : La lésion

Au 26.10.16, le diagnostic de solution de continuité du greffon ligamentaire implanté en 1995 est posé cliniquement, confirmé par l'imagerie. Il s'agit d'une solution de continuité complète du transplant, constatée 21 ans après son implantation.

Il est important de mettre en exergue qu'il s'agit de la date de la constatation de la rupture du greffon. Ce n'est pas la date de la rupture du greffon. Il est impossible de déterminer la date de la rupture du greffon ligamentaire du genou gauche.

- **Deuxième élément** : Le mécanisme lésionnel

La plastie ligamentaire effectuée le 30.10.95 au genou gauche est un indéniable succès. En effet, elle a permis à l'assuré d'occuper des postes de travail à composante de plus en plus physique. Il quitte ainsi la restauration, peu après l'opération au genou, pour les métiers du bâtiment et termine dans la construction de vannes, travail marqué par le port et le transport de pièces de poids très élevé. La marche prolongée en terrain irrégulier est également possible lors de la pratique de la chasse. Ce n'est que 21 ans après l'implantation que la solution de continuité du transplant est constatée.

La durée d'efficacité, sans aucune complication postopératoire initiale ou secondaire, tout comme sa stabilité dans des professions physiques, font rejeter une erreur de technique chirurgicale initiale. En effet, dans ce cas, la solution de continuité du transplant serait apparue beaucoup plus tôt, accompagnée de douleurs, et le greffon n'aurait pas résisté aux

importantes contraintes mécaniques qu'il a subies. La solution de continuité du greffon ne constitue donc pas une rechute de l'évènement du 19.08.95.

La seule possibilité de solution de continuité du transportant serait donc de nature traumatique. Or, la lecture soigneuse des pièces du dossier mis à disposition ne décrit aucun traumatisme. En particulier, on ne lit pas d'épisode de chute ou de violente torsion du genou gauche. Il n'est pas retrouvé de déclaration d'accident auprès d'une assurance depuis la rechute de février 1998 pour lésions cicatricielles concernant le genou gauche.

Le mécanisme lésionnel de la solution de continuité du greffon au genou gauche ne peut donc pas être prouvé.

De ce fait, une relation de causalité de nature accidentelle ne peut pas être retenue pour la solution de continuité du greffon ligamentaire de 1995.

- **Troisième élément** : La relation de cause à effet entre le mécanisme lésionnel et la lésion

En l'absence de cause, la relation de cause à effet ne peut pas exister.

En conclusion, pour expliquer la solution de continuité du greffon de 1995 au genou gauche, ne sont retrouvées ni des causes en relation avec l'évènement du 19.08.95, ni des causes en relation avec un quelconque traumatisme au genou gauche.

Il ne peut pas être retenu de relation de causalité naturelle en lien avec la solution de continuité du greffon de ligament croisé antérieur en l'absence d'évènement causal et, par-là, l'absence de relation à type de causalité naturelle ».

En ce qui concerne la relation de causalité entre la dégénérescence cartilagineuse et l'accident subi en 1995, le Dr F. \_\_\_\_\_ a noté les éléments suivants :

« La pathologie somatique présente à décrire trois facteurs.

- Le premier facteur est le maintien de l'intoxication tabagique.

Toujours active, chronique et ancienne, elle est mesurée à 48 Unité Paquet Année, soit 2 paquets de cigarettes par jour pendant 24 ans. De consensus, le tabac joue un rôle négatif au genou. L'intoxication n'est pas stoppée malgré la réalisation de la seconde intervention chirurgicale. Et ce, malgré la demande appuyée de son chirurgien. Le succès de la seconde intervention chirurgicale en est donc compromis. Le second rôle négatif est l'altération du cartilage au genou. L'intoxication modifie en effet son métabolisme, elle le fragilise.

- Le second facteur est la non-amélioration, puis l'aggravation de l'amyotrophie quadricipitale gauche.

Certes, les éléments ligamentaires, passifs, sont essentiels à la stabilité du genou. Néanmoins, les éléments actifs, à savoir musculaires, jouent également un rôle très important. Or, dès 1996, l'amyotrophie du muscle quadriceps gauche est relevée par le chirurgien opérateur. Le médecin de famille demande même en septembre 2016, un bilan neurologique et électro-physiologique afin d'explorer ce muscle sur ce plan. Il n'est pas retrouvé d'anomalie. Le second chirurgien opérateur constate la même insuffisance, persistante. En incapacité de travail depuis le mois de février 2017, l'assuré dispose de plusieurs mois, d'octobre 2016 à mai 2017, pour effectuer la nécessaire musculation de la cuisse. On rappelle qu'il s'agit de l'élément clef à la préparation à la reconstruction chirurgicale. Il est difficile d'appréhender cette non-amélioration de la musculature de la cuisse gauche. Comme le montre de nouveau l'expertise du mois de février 2018, l'insuffisance de cette musculature persiste. De surcroît, la masse musculaire gauche diminue encore passant de 49.5 à 42 cm entre le mois de février et le mois d'avril 2018. Elle s'accompagne d'une diminution de la masse musculaire à droite, passant de 51.5 cm à 40 cm. Le déconditionnement musculaire de l'assuré est majeur. Ces mesures montrent une non-réduction du dommage par l'assuré, alors même qu'il ne prend plus de traitement antalgique. Il est clair que l'évolution clinique ne peut qu'en être grandement retardée et ralentie, d'autant que l'intoxication tabagique affecte les résultats de la physiothérapie de musculation du genou.

- Le troisième facteur est la dégénérescence cartilagineuse du compartiment fémoro-tibial interne du genou gauche.

Elle est à replacer dans trois cadres distincts.

- Le premier est l'anomalie de l'axe du membre inférieur gauche. Elle est définie sur la goniométrie, réalisée le 03.05.18, par un genu varum gauche. Ce défaut d'axe entraîne une surcharge mécanique du cartilage du compartiment fémoro-tibial interne. C'est la raison pour laquelle le chirurgien opérateur, lors de son arthroscopie du 15.05.2017, décrit des lésions du cartilage du compartiment interne. C'est là un facteur essentiel entraînant la dégénérescence du cartilage du compartiment interne. On est en plein accord avec le chirurgien opérateur qui a même déjà évoqué la possibilité de modifier l'axe du membre inférieur gauche par une intervention chirurgicale à type d'ostéotomie.
- Le second est la rupture du ligament croisé antérieur en 1995. Le potentiel de dégénérescence du cartilage par cette lésion ligamentaire, malgré la plastie alors effectuée, est reconnu. Mais c'est surtout la rupture du greffon placé en 1995 qui aggrave le risque de dégénérescence du cartilage par une instabilité non traitée du genou. L'imagerie effectuée au jour de l'expertise ne montre pas

de signe de rupture du greffon ligamentaire actuel implanté le 15.05.2017.

- Le troisième est l'activité professionnelle. Certes, la restauration n'est pas une profession sédentaire. On s'étonne néanmoins de la réorientation professionnelle de l'assuré après la reconstruction ligamentaire de 1995. Quittant la restauration, il se dirige en effet vers les métiers du bâtiment puis celui de montage de vannes. A savoir deux professions à composante très physique et donc de surcharge du cartilage du genou gauche.

Il convient de caractériser cette dégénérescence du cartilage.

La meilleure appréciation du cartilage est celle effectuée par le chirurgien opérateur lors de l'arthroscopie du 15.05.17. Elle est définie par « une chondropathie de stade I du compartiment externe et de stade III à V du condyle fémoral interne ». L'imagerie fait retenir une gonarthrose interne débutante de stade II selon Kellgren et Lawrence en date du 15.05.17.

Le diagnostic de gonarthrose gauche est ainsi rejeté en raison de l'absence de lésion suffisante du compartiment externe du genou gauche. On s'oppose ainsi à la conclusion de l'expertise de février 2017 où ces critères diagnostics ne sont pas discutés par le menu.

### **Conclusion**

En conclusion, est retenu, au plan somatique seul, le diagnostic de chondropathie de stade I du compartiment externe et de stade III à IV du condyle fémoral interne du genou, gonarthrose interne débutante de stade II selon Kellgren et Lawrence en date du 15.05.17.

Son étiologie est mixte, associant une composante accidentelle et une composante médicale. La composante accidentelle est définie par la rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche le 19.08.95 et sa reconstruction le 30.10.95. La composante médicale est définie par la poursuite, depuis 1995, de l'intoxication tabagique, avec ses conséquences ligamentaires, musculaires, cartilagineuses et vasculaires comme postopératoires, par la non-amélioration puis l'aggravation de l'amyotrophie quadricipitale gauche, ainsi que par le genu varum et par la solution de continuité, de date inconnue, de la reconstruction de la plastie ligamentaire nécessitant une seconde plastie le 15.05.2017.

La répartition de la causalité naturelle des lésions cartilagineuses est de bien moins de 50 % pour la composante accidentelle et plus de 50 % pour la composante médicale. En effet, la problématique ligamentaire accidentelle n'est reconnue responsable que pour une augmentation statistique du risque d'apparition de lésion du cartilage au genou. A l'inverse, sont avérés et actifs le tabagisme ancien, chronique et persistant, l'insuffisance de la musculature quadricipitale et le genu varum gauche, ainsi que la solution de continuité de date inconnue de la reconstruction ligamentaire ».

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a finalement estimé qu'au vu des atteintes à la santé, accidentelles ou non accidentelles, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité n'imposant pas, de manière répétitive, de soulever, porter, pousser ou tirer des charges de plus de 15 kg, de travailler en position accroupie, de ramper ou grimper, ni d'effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents, avec effort, du genou gauche (actionnement d'un pédalier ou marche prolongée), de rester debout plusieurs heures, de pivoter sur le membre inférieur gauche, de monter fréquemment des escaliers, de marcher en terrain accidenté, glissant ou pentu, ou encore de travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers). En prenant en considération les seules séquelles de l'accident de 1995, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle de monteur. Il n'a pas davantage constaté d'atteinte à l'intégrité.

Par envoi du 5 septembre 2018, M. \_\_\_\_\_ a communiqué à l'assuré son intention de nier son droit aux prestations, au motif que «les troubles au genou annoncés comme rechute sont de nature malade et ne remplissent ni la notion légale de rechute et non plus de séquelle tardive au sens de l'art. 11 OLAA ». M. \_\_\_\_\_ a néanmoins précisé qu'elle renonçait à demander la restitution des prestations allouées « à ce jour », en particulier l'indemnité journalière versée du 16 février 2017 au 31 janvier 2018 et les prestations pour soins allouées du 12 avril 2017 au 30 juin 2018. En revanche, « toute éventuelle facture rétroactive à partir du 26 octobre 2016 concernant les prestations en espèces ou en nature » devait être adressée à l'assurance-maladie compétente.

M. \_\_\_\_\_ a formalisé ce refus de prester par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2018, puis par décision sur opposition du 11 février 2019.

**B.** Par acte du 14 mars 2019, H. \_\_\_\_\_, représenté par Me Nicolas Français, a recouru devant la Cour des assurances sociales contre la décision sur opposition précitée, concluant, préliminairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement à la réforme de la décision en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières et des

prestations pour soins de M.\_\_\_\_\_, à compter du 16 février 2017, et subsidiairement au renvoi de la cause à M.\_\_\_\_\_. En substance, il a allégué que ses atteintes au genou gauche résultaient de l'accident de 1995 en se fondant sur l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_, ainsi que sur l'expertise réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs critiqué la valeur probante de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, laquelle n'était pas suffisamment motivée, empreinte de contradictions et empreinte de partialité. En marge de son recours, l'assuré a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 22 mars 2019, le juge instructeur a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 mars 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Nicolas Français.

Dans sa réponse du 22 mai 2019, M.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée en se fondant sur l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, qui revêtait une pleine valeur probante.

Par réplique du 12 juillet 2019, l'assuré a en particulier réitéré ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_. Il a en outre produit un rapport établi le 4 juillet 2019 par le Dr P.\_\_\_\_\_ dont il ressort ce qui suit :

« Il s'agit d'une situation très classique et abondamment documentée par la littérature médicale d'évolution vers une arthrose post traumatique du genou suite à un ancien accident ayant entraîné une rupture du LCA et une méniscectomie. On peut postuler qu'une plastie du LCA avec récupération de la stabilité du genou diminue ce risque d'arthrose, néanmoins subsiste le problème de la méniscectomie qui même isolée prédispose fortement à l'arthrose du genou. De plus, probablement que la première plastie du LCA était insuffisante, ceci pouvant expliquer les phénomènes de douleurs et d'irritabilité persistants après la première opération. En conséquence, ce sont très clairement les suites de l'accident 1995 qui ont mené aux troubles dégénératifs actuels et non une quelconque maladie. Probablement que si vous soumettez ce cas à l'appréciation de collègues chirurgiens orthopédistes en activité vous obtiendrez la même appréciation quant à la nature post traumatique de l'atteinte.

Avec une bonne musculature, une incompétence du ligament croisé ou d'une plastie du croisé n'empêche pas d'effectuer des activités physiques telles que des travaux de force lorsqu'il n'y a pas de mouvements de « pivot ». Ceci étant dit, on peut avoir des micro-phénomènes de traumatisme du cartilage en relation avec une excursion augmentée dans le genou, entre le tibia et le fémur qui aboutit à long terme à de l'arthrose. Ainsi l'argument du médecin-expert affirmant que la plastie était ok car le patient a pu faire des travaux de force me paraît incorrect.

Concernant le tabagisme, il est vrai que le tabagisme est un élément défavorable post-opératoire après une plastie du croisé, il diminue la qualité d'intégration du greffon de LCA et augmente le risque d'échec de la plastie du LCA. Par contre, à ma connaissance, il n'y a pas d'étude formelle impliquant le tabagisme dans l'apparition inaugurale d'une arthrose, le tabagisme peut par contre aggraver les phénomènes d'arthrose préexistants. Si le tabagisme était l'élément prépondérant dans l'apparition de l'arthrose on devrait s'attendre à une atteinte des deux genoux.

Le patient présente un déconditionnement musculaire. L'expert avance que c'est ce déconditionnement qui provoque aussi l'arthrose. Au vu de l'asymétrie de ce déconditionnement en défaveur du côté gauche lésé, il paraît évident que ce sont les douleurs et le dysfonctionnement du genou gauche qui ont mené à l'atrophie musculaire et non le contraire. Ce n'est en aucun cas un argument plaçant en faveur d'une maladie X du genou ».

Dupliquant le 19 août 2019, M. \_\_\_\_\_ a maintenu ses explications et ses conclusions.

Le 3 mars 2020, Me Français a produit sa liste des opérations.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée ensuite des atteintes au genou gauche qui ont fait l'objet d'investigations et de traitements depuis 2016. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si ces atteintes sont en relation de causalité avec l'événement accidentel subi en 1995, autrement dit s'il s'agit d'une rechute ou de séquelles tardives de cet événement.

**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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**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).

**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).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale 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. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie 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 citées ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V

293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

**e)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*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).

Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

**4. a)** Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (al. 3). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer

des prestations est tenu de lui communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4).

**b)** Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 2). Le délai pour déposer cette demande est de l'ordre de 90 jours (TF, arrêt 8C-789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.4.1, arrêt 8C-14/2011 du 13 avril 2011 consid. 5 ; Valérie Défago Gaudin, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 13 ad art. 51). Lorsque l'assureur a rendu à tort une décision en procédure simplifiée, en lieu et place de celle prévue par l'art. 49 al. 1 LPGA, celle-ci entre malgré tout en force si elle n'est pas contestée dans un délai d'une année, sous réserve de circonstances particulières (ATF 134 V 145 ; Valérie Défago Gaudin, op. cit., n. 11 ad art. 51).

**c)** Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans le délai utile (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 132 V 412 consid. 5 ; 129 V 110).

**d)** En l'espèce, la Caisse Z. \_\_\_\_\_ a examiné si les atteintes à la santé de l'assuré relevaient de sa compétence. Elle l'a nié et a transmis son dossier à l'intimée au motif que ces atteintes à la santé constituaient une séquelle de l'accident survenu en 1995. Elle l'a expressément indiqué dans sa lettre du 18 juillet 2017 à l'intimée, en se référant à l'avis de son

médecin conseil, la Dre L.\_\_\_\_\_ (« Selon l'avis de notre médecin-conseil, nous sommes en présence d'une rechute de l'accident du 19.08.1995 couvert par votre institution ; votre référence : [...] »). Effectivement, selon l'avis du 9 juin 2017 de la Dre L.\_\_\_\_\_, « en l'absence de traumatisme avéré et déclaré par l'assuré [en 2015], nous pouvons dire que les lésions constatées en octobre 2016 par le Dr P.\_\_\_\_\_ ne peuvent pas être en relation de causalité avec l'événement du 15.02.17. Il s'agit d'une rechute de l'événement initiale de 199-1996 [recte : 1995] ». Cette prise de position de la Dre L.\_\_\_\_\_, de même que la lettre par laquelle la Caisse Z.\_\_\_\_\_ a transmis le dossier à l'intimée, ne laissent aucune place à l'interprétation : la Caisse Z.\_\_\_\_\_ a clairement constaté que les atteintes au genou observées en octobre 2016 ne relevaient pas de sa compétence, mais de celle de l'intimée, parce qu'elles constituaient une rechute de l'accident survenu en 1995. En procédant ainsi, la Caisse Z.\_\_\_\_\_ a rendu une décision informelle tranchant la question de savoir si les lésions au genou gauche du recourant, constatées dès octobre 2016, relevait de sa compétence, de celle de l'intimée ou de celle de l'assurance-maladie du recourant.

A réception de cette lettre du 18 juillet 2017, l'intimée a pris le temps de consulter le dossier complet que lui a remis la Caisse Z.\_\_\_\_\_. Le 26 septembre 2017, elle a confirmé à l'employeur de l'assuré, en adressant une copie de sa lettre à l'assuré et à la Caisse Z.\_\_\_\_\_, qu'elle prenait en charge le cas, assumerait les frais de traitement et allouerait des indemnités journalières. A l'époque, les atteintes au genou étaient clairement constatées, en particulier la disparition du greffon du ligament croisé antérieur réalisé en 1995, de même que les lésions dégénératives du cartilage du genou et les lésions méniscales, toutes lésions pour le traitement desquelles le Dr P.\_\_\_\_\_ avait pratiqué une nouvelle arthroscopie le 15 mai 2017. En connaissance de cause, l'intimée n'a donc pas seulement renoncé à contester la décision informelle de la Caisse Z.\_\_\_\_\_, qui est entrée en force ; elle a même expressément admis, le 26 septembre 2017, son obligation de prendre en charge les suites de ces atteintes au motif qu'elles constituaient une rechute. Dans ces conditions, l'intimée ne peut plus refuser de prêter au motif que les atteintes à la

santé constatées dès le mois d'octobre 2016 ne constitueraient pas une rechute de l'accident survenu en 1995, mais les conséquences d'un événement accidentel ultérieur, à la charge de la Caisse Z.\_\_\_\_\_.

**5.** Cela étant, l'intimée a nié l'origine accidentelle des lésions au genou gauche de l'assuré, pour lesquelles son employeur a annoncé une rechute, en se référant aux constatations du Dr F.\_\_\_\_\_. Le recourant se réfère pour sa part, principalement, à l'avis de la Dre L.\_\_\_\_\_ et du Dr P.\_\_\_\_\_. Il conteste toute valeur probante à l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_.

**6. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne

permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**7. a)** En l'espèce, après avoir mandaté le Dr Q. \_\_\_\_\_ pour une première expertise, l'intimée a choisi de confier au Dr F. \_\_\_\_\_ une seconde expertise. Elle ne donne aucune explication – et on les cherche en vain au dossier – sur les motifs pour lesquels elle n'a pas simplement demandé un complément d'expertise au Dr Q. \_\_\_\_\_. Ce changement d'expert en cours de procédure, sans aucun motif objectif, prête à discussion.

**b)** Sur la forme, le Dr F. \_\_\_\_\_ fait état, en première et dernière pages de son expertise, juste sous sa signature, d'un statut d'« Expert judiciaire près du Tribunal de Genève (Genève) et Lausanne (Vaud) » et, entre autres, d' « Expert en capacité de travail ». Ces désignations ne paraissent correspondre à aucun titre reconnu en Suisse. En particulier, il n'y a pas de liste d'experts agréés auprès du Tribunal cantonal vaudois ou du Tribunal d'arrondissement de Lausanne. Il est maladroit, dans ce contexte, de laisser entendre que l'expert figurerait sur une telle liste, quand bien même il n'est pas exclu qu'il ait été désigné comme expert dans l'un ou l'autre dossier. Cette maladresse reste sans influence sur l'appréciation de la valeur probante de l'expertise, qui ne se verra pas reconnaître une valeur probante accrue au motif que l'expert aurait déjà été désigné, par le passé, par l'un ou l'autre tribunal.

**c)** Sur le fond, l'expertise réalisée par le Dr F. \_\_\_\_\_ ne convainc pas. En ce qui concerne l'absence de lien de causalité entre l'accident de 1995 et la plastie ligamentaire pratiquée à l'époque, d'une part, et la rupture complète du transplacat ligamentaire, d'autre part, les explications du Dr F. \_\_\_\_\_ sont contradictoires. En effet, il expose que l'on doit exclure toute erreur chirurgicale initiale, compte tenu de la durée

d'efficacité de la plastie ligamentaire, dans le contexte de professions physiquement lourdes et estime qu'en cas d'erreur chirurgicale, le greffon n'aurait pas résisté aux importantes contraintes mécaniques qu'il a subies. Le Dr F. \_\_\_\_\_ en conclut très rapidement que « la seule possibilité de solution de continuité du transplant serait donc de nature traumatique », avant d'exclure une telle origine traumatique en l'absence de nouvel accident documenté au dossier. Le Dr F. \_\_\_\_\_ en conclut également, de manière inexplicable, que de ce fait, une « relation de causalité de nature accidentelle ne peut pas être retenue pour la solution de continuité du greffon ligamentaire de 1995. En d'autres termes, le Dr F. \_\_\_\_\_ admet d'emblée, dans un premier temps, que le transplant ligamentaire n'a pu céder qu'en raison d'un traumatisme, avant d'exclure une origine traumatique faute de documentation d'un tel traumatisme au dossier. Le Dr F. \_\_\_\_\_ ne paraît pas envisager que le greffon ligamentaire a pu céder en raison de l'usure, compte tenu précisément des contraintes physiques lourdes subies par l'assuré dans son métier. Une telle explication est celle que le Dr Q. \_\_\_\_\_ considère comme la plus vraisemblable, quand bien même il envisage également que le greffon ait pu céder lors d'une chute en forêt en 2015, estimant toutefois cette hypothèse comme la moins probable. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, force est de constater que le greffon mis en place lors de la plastie ligamentaire réalisée ensuite de l'accident de 1995 n'a pas tenu et qu'il avait quasiment disparu en 2017, selon les observations du Dr P. \_\_\_\_\_ lors de l'arthroscopie pratiquée en mai 2017. On ne saurait, dans ces conditions, nier le lien de causalité entre la plastie ligamentaire nécessitée par l'accident de 1995 et la rupture ultérieure du greffon qui avait été mis en place.

**c/ aa)** Le Dr F. \_\_\_\_\_ fait ensuite état d'atteintes dégénératives au genou gauche. Il admet comme cause partielle de ces atteintes la plastie ligamentaire pratiquée en 1995, mais estime que ce facteur a moins d'influence que d'autres facteurs tels que l'état préexistant (genou en varus), une atrophie musculaire de la cuisse, la rupture du greffon du ligament croisé antérieur et le tabagisme important du recourant. En se fondant sur ce constat pour nier son obligation de

prester, l'intimée méconnaît clairement l'art. 36 al. 1 et 2 LAA. Une causalité accidentelle partielle, fût-elle de moins de 50 % comme le constate le Dr F.\_\_\_\_\_, suffit à entraîner une obligation de prester pour l'assurance-accident. Pour ce motif déjà, il convient de d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 1995 et les lésions dégénératives constatées dès octobre 2016, ainsi que l'obligation de prester de l'intimée en relation avec ces lésions.

**bb)** Indépendamment de ce qui précède, l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ ne convainc pas lorsqu'il évalue à moins de 50 % le rôle du status post-plastie ligamentaire en 1995 dans les lésions dégénératives constatées en 2016. L'expert commence en effet par admettre qu'une déchirure du ligament croisé antérieur, même suivie d'une plastie ligamentaire, favorise la survenance de lésions dégénératives. Or, on observera que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait lui-même constaté, en 1998, que la greffe du ligament croisé était peu tendue, quand bien même elle se tendait correctement en tiroir inférieur. Il avait également observé des formations cicatricielles se prolongeant jusque sur les cornes antérieures des ménisques interne et externe, ainsi qu'une chondromalacie de stade I-II de la facette interne en arrière de la rotule. Il avait expressément mentionné le risque d'un dommage permanent sous la forme d'une arthrose post-traumatique à long terme. A ce stade, le Dr F.\_\_\_\_\_ réduit ce constat à celui d'une simple « augmentation du risque statistique d'apparition de lésions du cartilage au genou ». Par opposition, il expose qu'« à l'inverse, sont avérés et actifs le tabagisme ancien, chronique et persistant, l'insuffisance de la musculature quadricipitale et le genu varum gauche, ainsi que la rupture de la reconstruction ligamentaire. » Il n'y a toutefois aucune raison de considérer que ces autres facteurs de risque seraient davantage avérés et actifs que la rupture du ligament croisé antérieur et sa reconstruction en 1995.

**cc)** Par ailleurs, parmi ces autres facteurs de risque, la rupture de la reconstruction ligamentaire est en lien de causalité avec l'événement de 1995, comme d'ailleurs, selon toute vraisemblance, l'insuffisance de la musculature quadricipitale. Sur ce point, le Dr

F.\_\_\_\_\_ paraît reprocher au recourant une violation de son obligation de réduire le dommage, pour n'avoir pas suffisamment cherché à remuscler sa cuisse gauche. Or, d'une part, il n'appartient pas à l'expert de tirer les conclusions d'une violation par l'assuré de l'obligation réduire son dommage, d'autre part, une telle violation n'est aucunement avérée. En effet, aucune pièce au dossier n'indique que le recourant ne se serait pas soumis aux exercices à domicile ou à la physiothérapie prescrits par ses médecins. Enfin, on rappellera que l'insuffisance de la musculature quadricipitale avait déjà été constatée par le Dr K.\_\_\_\_\_ en 1998 et qu'elle peut très bien s'expliquer, en partie tout au moins, par l'épargne de son membre inférieur gauche par l'assuré depuis l'accident de 1995 (cf. courrier électronique du 29 octobre 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_ à l'attention du conseil du recourant, ainsi que rapport établi le 4 juillet 2019 par ce même médecin).

**dd)** Toujours parmi ces autres facteurs de risque, le Dr F.\_\_\_\_\_ accorde une importance particulière à un genou en varus, qui serait antérieur déjà à l'accident de 1995. L'expert a constaté cette atteinte lors de son examen clinique et ne fait que la mentionner, sans aucune autre précision, lors de sa description de son examen en p. 6 de l'expertise. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait pour sa part observé lors de son examen clinique un « morphotype légèrement en varus avec une distance intercondylienne debout de 1,5 cm ». Contrairement à ce que laisse entendre le Dr F.\_\_\_\_\_ en p. 18 de son expertise, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de genou gauche en varus. Le seul fait qu'il ait envisagé une éventuelle ostéotomie ou la pose d'une prothèse de genou, dans une lettre du 13 juin 2018 à l'intimée ne permet pas de lui attribuer un tel constat. Aucun autre médecin n'a fait état d'un genou en varus et le Dr F.\_\_\_\_\_ admet, en p. 12 de son expertise, que sa constatation d'un genou en varus à l'examen clinique doit être précisée par une évaluation chiffrée des longs axes des membres inférieurs, par une mesure radiographique en charge. Il a ordonné cet examen, pratiqué le 3 mai 2018 par le Dr [...]. Or cet examen n'a pas confirmé un genou en varus. Au contraire, ce dernier médecin a constaté l'absence de genou en varus ou en valgus (cf. rapport du 4 mai 2018). De manière incompréhensible, et

sans aucune explication, le Dr F.\_\_\_\_\_ rapporte ce constat en p. 40 de son expertise, sans en tirer les conséquences quant à son analyse de l'origine des troubles dégénératifs du genou du recourant.

**ee)** Compte tenu des contradictions et des éléments mentionnés ci-avant, on ne saurait accorder de valeur probante au constat du Dr F.\_\_\_\_\_ relatif à l'origine non accidentelle prépondérante des atteintes à la santé litigieuses.

**d)** Parmi les autres avis médicaux au dossier, la Dre L.\_\_\_\_\_ a attribué les atteintes constatées en 2016 à une rechute de l'accident de 1995 et de la plastie ligamentaire qui a suivi. Le Dr K.\_\_\_\_\_ avait estimé qu'il fallait compter avec un risque d'arthrose post-traumatique à long terme. Enfin, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé que l'instabilité du genou gauche du recourant sur insuffisance du ligament croisé antérieur était, de manière certaine, d'origine accidentelle. La seule question qui se posait était de savoir si le recourant présentait une instabilité résiduelle après la plastie ligamentaire de 1995 ou s'il avait subi ultérieurement un nouvel accident. Un tel accident n'a pas pu être clairement établi, comme on l'a vu, même s'il est possible qu'il soit survenu lors d'une chute en 2015. Quoiqu'il en soit, cela n'exclurait pas le premier accident, comme cause partielle du dommage. Par ailleurs, le Dr Q.\_\_\_\_\_ observe que selon les constatations lors de l'arthroscopie pratiquée en 2017, le ligament croisé antérieur ne subsistait presque plus et une bonne partie du ménisque était absente, ce qui parlait plutôt en faveur d'une évolution défavorable de l'accident de l'opération de 1995. Il estime que les troubles dégénératifs cartilagineux sur le condyle fémoral interne constatés en 2016 sont avec une quasi-certitude en relation avec l'instabilité du genou et avec les séquelles au niveau du ménisque interne. Il ajoute de manière convaincante que contrairement à ce que soutient le Dr F.\_\_\_\_\_, il est possible de faire des travaux lourds même avec une plastie du ligament croisé antérieur, sans que l'on puisse en conclure que « la plastie est ok et qu'il n'y aura pas de séquelles ultérieures » (courrier électronique du 29 octobre 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_ à l'attention du conseil du recourant, ainsi que rapport établi le 4 juillet 2019 par ce même médecin).

Au vu de ce qui précède et des avis concordants de la Dre L. \_\_\_\_\_ et du Dr P. \_\_\_\_\_, il convient de constater que les atteintes du genou gauche constatées en octobre 2016 et traitées par arthroscopie en mai 2017 sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident subi en 1995 et la plastie ligamentaire pratiquée ensuite de cet accident. Elles en constituent des séquelles tardives et l'intimée est donc tenue de prendre en charge les suites de ces atteintes.

**8. a)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

**b)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**c)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera

avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

**9. a)** En l'occurrence, l'intimée a versé des indemnités journalières ensuite de l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 31 janvier 2018. A cette date, on doit admettre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Selon les éléments qui ressortent du dossier, le traitement médical du genou était en effet achevé. Le Dr P. \_\_\_\_\_ évoque certes, dans une lettre du 13 juin 2018 à l'intimée, une ostéotomie ou la pose d'une prothèse de genou, sans que l'une ou l'autre de ces interventions soit sérieusement planifiée à ce stade. Le recourant ne peut donc pas prétendre la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 janvier 2018, sous réserve d'une nouvelle rechute ou séquelle tardive.

**b)** La question se pose, en revanche, du droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A première vue, la capacité de travail dans l'activité habituelle paraît compromise et le recourant devra se réadapter dans une activité lui permettant d'épargner son genou. Il appartiendra quoi qu'il en soit à l'intimée de désigner un expert - éventuellement le Dr Q. \_\_\_\_\_ - en vue de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité. Elle interpellera également cet expert sur la question de la capacité résiduelle de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, au vue des atteintes constatées à son genou droit, puis procédera à une comparaison de revenus et statuera sur le droit à la rente ainsi qu'à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGGA).

**10.** Compte tenu de l'issue du litige, il ne sera par ailleurs pas donné suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, soit en particulier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**11. a)** En définitive, le recours est admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède dans le sens des considérants.

**b)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'400 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Nicolas Français (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**c)** Il n'y a, pour le surplus, pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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 11 février 2019 par M. \_\_\_\_\_ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

**III.** M. \_\_\_\_\_ SA versera à H. \_\_\_\_\_ la somme de 4'400 fr. (quatre mille quatre cents francs) à titre de dépens.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Nicolas Français (pour H. \_\_\_\_\_) ;
- M. \_\_\_\_\_ SA ;
- 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 :