

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 décembre 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 36 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6 et 36 LAA ; 9 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime le 9 mai 1996 d'un premier accident de travail ; il a glissé sur sol mouillé et s'est tapé le genou droit, ce qui a entraîné en l'occurrence une déchirure méniscale externe. Une méniscectomie a été pratiquée le 10 juin 1996. Deux interventions chirurgicales ont suivi au cours des mois suivants, à savoir, une révision arthroscopique le 29 août 1996 avec régularisation du ménisque externe du genou droit, et une résection arthroscopique subtotale de la corne postérieure du ménisque du genou droit le 5 novembre 1996. Le travail a été repris en plein le 5 novembre 1997.

Le cas a été pris en charge par B. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : B. \_\_\_\_\_).

**b)** Le 7 avril 2008, travaillant comme manœuvre pour le compte de l'entreprise G. \_\_\_\_\_ SA depuis 2004, et à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), l'assuré a été victime d'un second accident ; il a trébuché sur un carrelet en bois et a chuté sur le genou droit. Consultée le même jour, la Dre A. \_\_\_\_\_, médecin généraliste au Centre médico-chirurgical du [...], à [...], a constaté une impotence fonctionnelle relative sans lésion osseuse, un œdème et a posé le diagnostic de contusion du genou (rapport du 14 juillet 2008).

Un examen IRM du genou droit du 13 mai 2008 a notamment révélé une large déchirure du ménisque externe (hypersignal de la corne antérieure) et un discret hypersignal horizontal du ménisque interne, sans atteinte de la surface.

Le 28 mai 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie du genou droit, laquelle a mis en évidence une déchirure

complémentaire du ménisque externe, une irrégularité de la corne postérieure du ménisque interne, une plica, une arthrose mineure de la rotule et de la trochlée ainsi qu'une arthrose avancée du compartiment externe (chondropathie II à III du condyle externe et chondropathie III à IV du plateau externe). Le Dr S.\_\_\_\_\_ a procédé à cette date à une méniscectomie partielle du ménisque interne et du ménisque externe ainsi qu'à une résection de la plica (protocole opératoire du 28 mai 2008 du Dr S.\_\_\_\_\_).

Un bilan radiologique (genou droit face / profil et axiale des rotules) du 26 mars 2009 a confirmé un atteinte dégénérative tricompartmentale modérée, plus marquée externe qu'interne, et fémoro-rotulienne (rapport du 26 mars 2009 du DrK.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

L'assuré a séjourné du 7 avril au 5 mai 2009 à la CRR. Dans leur rapport du 3 juin 2009, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, et E.\_\_\_\_\_, médecin hospitalier, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Gonalgies droites chroniques (M 54.9)
- Gonarthrose droite débutante tricompartmentale, surtout externe (M 17.3)
- Contusion du genou droit le 07.04.2008 (T 93.8)
- Méniscectomie partielle externe du genou droit pour déchirure de la corne moyenne, par arthroscopie, le 10.06.1996
- Régularisation du ménisque externe du genou droit par arthroscopie le 29.08.1996.
- Méniscectomies partielles internes et externes, résection de la plica, du genou droit, par arthroscopie le 28.05.2008.”

Ces médecins ont indiqué que la situation pouvait être considérée comme stabilisée. En ambulatoire, des infiltrations (visco-supplémentation et corticoïdes anamnestiques) avaient été effectuées,

sans amélioration notable. Du point de vue orthopédique, une ostéotomie de varisation n'était pas indiquée, étant donné l'arthrose débutante du compartiment interne et un axe plutôt neutre pour le membre inférieur droit. L'épanchement articulaire présent à l'admission (absent à la sortie) témoignait d'un genou irritable. Les Drs Z.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont retenu des restrictions pour les ports de charges lourdes répétés au-dessus de 15-20 kilos, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, la marche en terrain irrégulier ainsi que le travail en position à genoux ou accroupi. Au vu de ces limitations fonctionnelles, ils étaient d'avis que la capacité résiduelle de travail comme manœuvre dans le bâtiment dans un poste adapté était de 50 % dès le 11 mai 2009, la situation devant toutefois être réévaluée.

L'assuré a été examiné le 7 août 2009 par le médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du même jour, celle-ci a diagnostiqué une synovite du genou avec discrète limitation de la flexion ainsi qu'une amyotrophie quadricipitale modérée relative. Il existait à son avis de toute évidence des phénomènes d'amplification avec une hypoesthésie dépassant un territoire anatomique, un syndrome douloureux donnant une impotence fonctionnelle plus importante que celle à laquelle on aurait pu s'attendre au vu des constatations objectives. L'assuré présentait par ailleurs un état dépressif devant être traité en priorité et qui donnait très probablement lieu à une incapacité de travail totale lors de l'examen. Sur le plan de l'exigibilité, le status comparable à celui de la CRR permettait d'envisager l'activité adaptée dans sa profession à 50 % et, au plan théorique, une pleine capacité dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles, avec évitement des charges supérieures à 15-20 kilos, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi.

Aux termes d'un rapport du 25 février 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé que l'accident d'avril 2008 était à l'origine d'une entorse sévère du genou droit et d'une déchirure méniscale ayant nécessité l'arthroscopie du

28 mai 2008. Il a également indiqué qu'un nouveau bilan radiologique avait mis en évidence une gonarthrose encore modérée dans le compartiment externe et fémoro-patellaire avec une interligne encore bien visible. Il a ajouté que « les dégâts cartilagineux dans le compartiment externe étaient déjà marqués lors de l'arthroscopie au mois de mai 2008 ».

Le 12 avril 2010, l'assuré a été examiné par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin-conseil de la CNA a confirmé le diagnostic d'arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit. Il disposait, à titre de documents radiographiques, de quatre séries de radiographies du 24 février 2010. Il a maintenu l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles avec évitement des charges supérieures à 15-20 kilos, la montée ou descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, l'évitement de la marche en terrain instable ou irrégulier ainsi que le travail à genoux ou accroupi. Il a estimé que la mise en place d'une prothèse totale du genou (PTG) était prématurée compte tenu de l'âge de l'assuré et préconisé une seconde réévaluation de celui-ci à la CRR.

Dans le rapport de sortie du 20 juillet 2010, consécutif à un nouveau séjour de l'assuré à la CRR du 27 avril au 26 mai 2010, les Drs Z.\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont diagnostiqué une gonalgie droite chronique, une gonarthrose droite tricompartmentale débutante, prédominante au compartiment fémoro-tibial externe ainsi que des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires. Un nouveau bilan radiologique avait en effet confirmé des signes de gonarthrose tricompartmentale débutante prédominant au compartiment fémoro-tibial externe avec dans ce compartiment une sclérose sous-chondrale et ostéophytose avec malgré tout un bon espace cartilagineux. Au terme du séjour, durant lequel il n'y avait eu aucun changement et aucune amélioration, ces spécialistes ont retenu une totale incapacité de travail et à long terme dans l'activité habituelle de manœuvre sur chantiers. A l'inverse, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de

port de charges lourdes répétées supérieures à 15-20 kilos, de montée et descente fréquentes d'escaliers ou d'échelles, de marche en terrain irrégulier, ni travail en position à genoux ou accroupi), l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail totale. Les Drs Z. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont précisé qu'au vu du contexte psychosocial, la réinsertion risquait d'être laborieuse et le comportement douloureux susceptible de mettre en échec les mesures de réinsertion.

L'assuré a été réexaminé le 30 août 2010 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr P. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'examen final du même jour, celui-ci a indiqué que subjectivement, l'évolution était stationnaire malgré le séjour à la CRR qui s'était avéré peu fructueux. Objectivement, ce praticien a noté que l'examen clinique était superposable à celui observé le 12 avril 2010. Sur le plan assécurologique, l'exigibilité émise le 12 avril 2010 restait d'actualité. Le Dr P. \_\_\_\_\_ proposait, enfin, de fixer à 15 % le taux d'atteinte à l'intégrité selon la table 5, en raison d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne. Cette estimation ne tenait pas compte du risque d'aggravation ultérieure en raison de la forte probabilité de la mise en place d'une prothèse totale du genou, le Dr P. \_\_\_\_\_ réservant l'examen d'un ajustement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) en fonction de l'évolution de l'implantation d'une prothèse et de son résultat.

Le 12 novembre 2010, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a déclaré qu'à son avis les deux arthroscopies avec méniscectomie externe du genou droit opérées en 1996 étaient certainement la cause de la gonarthrose actuelle et que les examens radiologiques avaient mis en évidence une gonarthrose importante justifiant la pose d'une prothèse partielle ou totale.

Le 12 décembre 2010, ensuite d'un lâchage du genou droit, l'assuré a chuté et s'est réceptionné sur la main droite. Cette chute a entraîné une forte contusion de l'articulation métacarpo-phalangienne du 3<sup>ème</sup> rayon. Les radiographies ne montraient pas de lésion osseuse mais

des troubles dégénératifs débutants au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit (rapport du 17 mars 2011 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 18 février 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ a informé le médecin-conseil de la CNA que la seule solution chirurgicale serait la mise en place d'une prothèse totale du genou mais que l'assuré n'était pas du tout prêt à subir cette intervention à court ou à moyen terme. Il n'y avait pas de traitement à prévoir en dehors de mesures symptomatiques. Selon ce médecin, l'incapacité de travail restait totale.

Dans un rapport du 22 février 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a fait savoir que l'assuré avait développé un trouble dépressif persistant d'intensité moyenne. Eu égard à sa peur de l'opération, son état psychique ne permettait pas d'envisager à ce moment la pose d'une prothèse, ni d'ailleurs pour les deux années suivantes.

Le 13 avril 2011, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières au 31 mai 2011. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à la rente et sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle l'intéressé avait droit.

Par décision du 9 mai 2011, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 18 % à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18'500 francs, cette dernière prestation ayant été versée le 14 avril 2011 à son bénéficiaire.

A l'appui de sa contestation élevée le 1<sup>er</sup> juin 2011, l'assuré, assisté à l'époque de Fortuna Compagnie d'assurance de protection juridique SA (ci-après : Fortuna) a notamment invoqué un avis du 8 avril 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_ adressé à son conseil. Ce praticien a diagnostiqué des douleurs et impotence fonctionnelle du genou droit sur importante

gonarthrose post-traumatique, 15 ans après arthroscopie et méniscectomie externe itérative. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 mars 2010, date à partir de laquelle il suivait l'assuré. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'à son avis la gonarthrose allait s'aggraver progressivement.

La CNA a, par décision sur opposition du 19 septembre 2011, confirmé la décision entreprise.

Par acte de son conseil du 17 octobre 2011, l'assuré a déféré cette décision au tribunal cantonal. Par arrêt du 2 décembre 2013 (CASSO AA 101/11 - 4/2014), la Cour de céans a admis le recours, annulé la décision sur opposition rendue le 19 septembre 2011 et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, le tribunal a considéré que ni les Drs I.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, ni les experts de la CRR ne s'étaient prononcés expressément sur le lien de causalité entre la contusion subie le 7 avril 2008, respectivement les suites de la méniscectomie partielle du 28 mai 2008, et la gonarthrose. En l'état du dossier, il était impossible de déterminer si la gonarthrose actuelle était d'origine exclusivement dégénérative ou non, et le cas échéant, à quel moment le *statu quo sine* aurait été atteint. Au vu des lacunes, il se justifiait d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA afin de procéder à un complément d'instruction. Il incombait à cette dernière d'établir les circonstances de fait à l'origine des arthroscopies de 1996, documenter l'évolution de l'atteinte au genou droit de l'assuré depuis lors et mettre en œuvre une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), puis rendre une nouvelle décision (cf. CASSO AA 101/11 - 4/2014 du 2 décembre 2013, consid. 3).

**c)** Dans le cadre de la reprise de l'instruction, la CNA a pris connaissance du dossier médical de l'assuré constitué par B.\_\_\_\_\_ (pièce 226). Il en ressort en particulier un rapport du 10 septembre 1997 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, requis par B.\_\_\_\_\_ de

procéder à un examen de contrôle, que des signes d'une gonarthrose tricompartmentale débutante avaient été mis en évidence par une radiographie du 11 février 1997 et que s'il était possible que cette gonarthrose ait commencé avant l'accident, il pouvait être admis avec une vraisemblance prépondérante que l'accident et surtout la méniscectomie externe totale avaient eu et continuaient d'avoir une influence aggravante sur cette arthrose.

Par communication du 10 janvier 2015, la CNA a invité Fortuna à se déterminer sur l'opportunité d'une expertise, la personne de l'expert, en l'occurrence le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le questionnaire. Par courrier du 22 janvier 2015, Fortuna s'est opposée à la désignation du Dr N.\_\_\_\_\_. Par décision informelle du 10 mars 2015, la CNA a confirmé son choix de confier le mandat d'expertise au Dr N.\_\_\_\_\_ et signifié à Fortuna que sauf avis contraire formulé dans les dix jours, son accord était présumé acquis. Dans un courriel du 17 mars 2015 se référant à la décision précitée, Fortuna a indiqué être dans l'attente de la date d'expertise prévue chez le Dr N.\_\_\_\_\_ et précisé n'avoir pas de questions complémentaires à poser.

Dans son rapport du 28 février 2016, l'expert a retenu, sur la base des pièces médicales au dossier, de l'anamnèse, des examens cliniques et d'imagerie, les diagnostics suivants :

- “- Statut bientôt 20 ans après entorse inaugurale du genou droit, à l'origine d'une déchirure méniscale externe.
- Statut bientôt 20 ans après méniscectomie arthroscopique postéro-externe sélective, en deux temps, du genou droit.
- Statut 19 ans après complément de méniscectomie arthroscopique postéro-externe, quasi-complète, du genou droit.
- Statut bientôt 8 ans après contusion bénigne du genou droit.
- Statut bientôt 8 ans après toilette bi-méniscale arthroscopique du genou droit.
- Gonarthrose droite, tri-compartmentale, touchant préférentiellement le compartiment externe (stade III).

- Status bientôt 3 ans après contusion antérieure du genou gauche. Probable bursite pré-rotulienne résiduelle.
- Gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche (stade II).
- Status 5 ans après contusion bénigne de la face dorsale de la main droite.”

Au moment d’apprécier la situation, l’expert a émis les conclusions suivantes (expertise p. 12 s.) :

#### “6. APPRECIATION DU CAS

L’essentiel de l’histoire de ce patient a été égayé plus haut.

L’histoire orthopédique de son genou droit débute en 1996, lorsqu’une chute a déclenché des gonalgies, mises sur le compte d’une déchirure méniscale postéro-externe.

Une méniscectomie postéro-externe itérative fut nécessaire, au moyen de trois interventions arthroscopiques, faites entre juin et novembre 1996. Le dernier protocole fait état d’une résection finale généreuse, la méniscectomie s’étalant jusqu’au hiatus du poplité, emportant la corne postérieure et la corne moyenne.

L’évolution fut bien évidemment difficile courant 1996, alors que la reprise du travail a dû avoir lieu par paliers, au début 1997. Par la suite, il n’y a pas eu de traitement complémentaire.

Ce tableau favorable, sur le plan subjectif, fut interrompu par l’événement survenu le 7 avril 2008, s’agissant d’une chute sur le genou droit.

Une méniscopathie externe fut constatée, touchant la corne antérieure. L’IRM a fait suspecter une petite repousse méniscale postéro-externe, qui fut excisée, à nouveau par arthroscopie. Dans le même temps opératoire, on a réalisé une régularisation du bord libre du ménisque interne.

Ce même examen IRM (celui de 2008) a révélé la présence d’une gonarthrose externe, lésion confirmée (parallèlement à une cho[n]dropathie fémoro-patellaire) à l’arthroscopie.

Depuis lors, le patient a un genou invalide. La symptomatologie douloureuse est marquée, durable, réfractaire à tout moyen thérapeutique, réfractaire également à deux séjours CRR (et leurs lots de thérapies soutenues).

La gonarthrose droite progresse. Elle touche les trois compartiments, surtout le compartiment fémoro-tibial externe, où l’atteinte est de stade III (le stade IV étant le stade final, reflétant la perte totale du cartilage en zone de charge).

A noter la présence d'une gonarthrose interne gauche, de stade II (atteinte similaire au côté droit), très probablement d'origine dégénérative. Certes, de ce côté, il y a eu la contusion de 2010 (*sic*). Cependant, cette contusion semble avoir uniquement touché les parties molles du versant antérieur, aboutissant d'ailleurs à une bursite sous-cutanée. L'IRM faite à l'époque n'a pas montré, avec haute vraisemblance, de lésion articulaire traumatique significative. L'examen clinique (et radiologique standard) actuel ne fait pas ressortir de lésion articulaire susceptible d'être d'origine traumatique (lésion ligamentaire, méniscale, ancienne fracture, etc.).

Il faut donc prendre en considération la très probable prédisposition naturelle qu'avait Mr Q. \_\_\_\_\_ à développer une gonarthrose varisante.

Une méniscectomie externe d'envergure, telle que celle qui semble avoir été pratiquée en 1996, expose le genou au développement d'une gonarthrose externe. Les études (essentiellement Lyonnaises, au long suivi), ont clairement démontré la haute prévalence d'une arthropathie dégénérative plusieurs années (8 à 10, voire plus) après résection de l'amortisseur et stabilisateur accessoire externe qu'est le ménisque. Le caractère hypermobile de ce compartiment, non congruant, pardonne peu ou pas la perte totale ou quasi-totale de la corne postérieure, encore moins lorsque la résection intéresse près des 2/3 du ménisque (ce qui fut le cas chez Mr Q. \_\_\_\_\_).

Ladite gonarthrose, chez cet assuré, fut clairement démontrée par l'IRM de 2008, ainsi que par les clichés standard en charge faits en 2009 et en 2010. La dégradation qui a suivi, jusqu'à ce jour, fut lente, répondant aux critères d'une arthrose lentement évolutive.

L'événement du 7 avril 2008, et par voie de conséquence l'arthroscopie du 28 mai 2008, ont-ils modifié ce cursus dégénératif ?

En considérant les seuls faits radiologiques (voir paragraphe précédent), on peut répondre par la négative. L'arthrose était déjà présente en 2008. Les clichés faits en 2009 et en 2010 reflètent cette arthrose, présente depuis de nombreuses années. La dégradation articulaire ultérieure a gardé un rythme lent, reflétant encore une fois un cursus dégénératif habituel.

En outre, le geste arthroscopique, consistant à ôter ou à régulariser un reliquat méniscal, en l'occurrence la racine d'une corne postérieure, éventuellement un reliquat périphérique de ladite corne, reliquat qui n'avait manifestement pas de rôle stabilisateur ou amortisseur significatif, n'est clairement pas susceptible de modifier la biomécanique du genou au-delà d'une période de 2-4 mois, délai nécessaire pour récupérer des effets directs d'une arthroscopie. En prenant en considération le caractère fragile de certains tissus, potentiellement responsable d'un certain retard dans la récupération fonctionnelle, ce délai peut éventuellement être repoussé de 2 mois.

La régularisation d'un bord méniscal libre (interne dans le cas de Mr Q. \_\_\_\_\_), lors de l'arthroscopie de 2008, segment méniscal lui

aussi à très faible valeur amortissante, ne pouvait clairement pas modifier le cursus du genou, dans tous les cas pas au-delà du délai précité. La notion d'une simple régularisation méniscale, dans ce cas, est en réalité confirmée par l'absence de modification structurale significative sur les images IRM actuelles de ce ménisque.

En conclusion, l'événement du 7 avril 2008 fut probablement à l'origine d'une contusion du genou droit (versant antérieur). Il fut peut-être aussi responsable d'une lésion du reliquat méniscal postéro-externe, reliquat qui n'avait manifestement pas de rôle biomécanique significatif. Dès lors, la régularisation dudit reliquat ne pouvait influencer durablement dans le cursus du genou, plus précisément dans sa pathologie dégénérative, déjà avancée à ce moment. D'ailleurs, le suivi radiologique ultérieur démontre l'absence de décompensation drastique à moyen terme (1-2 ans), ni même durant les 5 ans qui ont suivi (jusqu'en 2015), ledit genou suivant en réalité une évolution dégénérative lente, usuelle.

L'arthrose externe du genou droit paraît avoir un lien avec la ménisectomie d'envergure réalisée en 2008 (*sic*). Cette arthrose avait le potentiel d'extension vers le reste du genou (ce qui correspond à l'histoire naturelle de toute arthrose du genou, quel que soit son lieu de départ, interne, externe, ou fémoro-patellaire). S'y ajoute une probable prédisposition naturelle qu'avait Mr Q.\_\_\_\_\_ à développer une arthrose varisante (voir état du genou controlatéral).

#### REPONSE AUX QUESTIONS

1. Mr Q.\_\_\_\_\_ a subi, le 5 mai 1996, une déchirure du ménisque externe du genou droit...traitée par résection arthroscopique...par la suite une gonarthrose tri-compartimentale a été mise en évidence...pouvez-vous confirmer que de ces pathologies est exclusivement traumatique...ou doit-on considérer que la chute du 5 mai 1996 n'a fait qu'aggraver un état antérieur...aggravation passagère...status quo sine/ante... ? :

Un lien de causalité entre, l'événement du 5 mai 1996 et, l'arthropathie dégénérative du genou droit, paraît probable.

La lésion méniscale est survenue dans le cadre d'un genou probablement sain (à l'époque). Une ménisectomie externe d'envergure, telle qu'elle a été faite, de manière itérative, en 1996, expose le genou au développement d'une arthrose. Le risque est plus grand en cas de morphotype valgisant préexistant. La responsabilité de la ménisectomie semble d'autant plus engagée en cas de développement d'une arthrose externe sur un morphotype naturellement varisant (morphotype apparent chez ce patient).

Le status quo ante/sine, relatif à l'événement incriminé, ne semble ainsi pas atteint.

L'arthropathie dégénérative en question, atteinte tri-compartimentale, a possiblement/probablement *aussi* une

origine dégénérative (prédisposition naturelle au développement d'une gonarthrose varisante, en considérant l'évolution spontanée du genou controlatéral).

Dans l'ensemble, l'arthropathie dégénérative touchant le genou droit paraît avoir une origine mixte.

2. Etes-vous en mesure de définir comment ces troubles au genou droit ont évolué entre le 5 novembre 1996 (date de la 3<sup>ème</sup> arthroscopie) et l'accident du 7 avril 2008 ? :

Evolution subjectivement favorable (selon les allégations du patient).

Evolution objectivement défavorable, puisqu'une arthropathie dégénérative s'est développée, attestée par l'IRM de 2008, confirmée par l'arthroscopie de 2008, ainsi que par les clichés radiologiques ultérieurs (servant à caractériser ou à valider la lente évolution, sur une période de plusieurs années, de cette arthrose).

3. L'accident du 7 avril 2008 a-t-il, au degré de vraisemblance prépondérante, provoqué une aggravation passagère ou durable de l'état antérieur susmentionné (déchirure méniscale, respectivement gonarthrose tri-compartmentale) ? :

L'événement du 7 avril 2008 a décompensé le cursus dégénératif du genou droit de manière transitoire.

L'événement en question fut responsable d'une contusion du genou. Il fut peut-être à l'origine d'une lésion surajoutée du reliquat méniscal externe, qui n'avait manifestement pas [de] rôle biomécanique significatif jusque-là, et dont le traitement (excision) ne pouvait pénaliser durablement la biomécanique globale du genou.

Pour cette seule contusion, et les suites directes du geste arthroscopique (voire appréciation), le délai d'atteinte du statu quo ante/sine ne devait pas dépasser 6 mois (après le geste chirurgical). Dans le cas de Mr Q.\_\_\_\_\_, nous n'avons pas d'éléments objectifs probants caractérisant une rapide ou abrupte décompensation de sa gonarthrose droite suite à l'événement du 7 avril 2008.

1. En cas d'aggravation seulement passagère, quand le status quo ante/sine a-t-il été atteint....compte tenu de l'évolution inéluctable de l'atteinte préexistante ? :

Cf. question précédente. Le délai d'atteinte du status quo ante/sine, relatif à l'événement survenu le 7 avril 2008, fut d'au maximum 6 mois. Au-delà, le cursus du genou droit de Mr Q.\_\_\_\_\_ fut manifestement régi par l'arthropathie dégénérative évoluant depuis de nombreuses années."

Le 1<sup>er</sup> juin 2016, la CNA a transmis copie du rapport d'expertise précité à B.\_\_\_\_\_ en indiquant être disposée à poursuivre le

versement transitoire de la rente d'invalidité afin d'éviter que l'assuré n'ait à subir de préjudice. Un décompte des prestations d'assurance à rembourser serait adressé le moment venu à B.\_\_\_\_\_.

Le 17 octobre 2016, B.\_\_\_\_\_ a informé la CNA être représentée par T.\_\_\_\_\_ (ci-après, également : les assureurs T.\_\_\_\_\_) à [...].

Le 7 avril 2017, les assureurs T.\_\_\_\_\_ ont indiqué que selon leur médecin-conseil, il convenait de compléter l'instruction par une expertise afin de déterminer la répartition (partie accident *versus* partie dégénérative) des atteintes au genou droit de l'assuré.

Par courrier du 8 mai 2017, la CNA a constaté que T.\_\_\_\_\_ ne remettait pas en cause le fait que l'accident du 7 avril 2008 ne déployait plus d'effet. Dans ce contexte, la CNA a refusé la proposition de mise en œuvre d'une expertise complémentaire, avec la précision qu'à défaut d'un accord il serait opportun de solliciter l'arbitrage de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Sans réponse obtenue de la part des assureurs T.\_\_\_\_\_, la CNA a, le 25 juillet 2018, porté la contestation entre assureurs devant l'OFSP conformément à l'art. 78a LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Le 13 novembre 2018, l'OFSP a rendu une décision de non entrée en matière sur la demande de la CNA, considérant notamment qu'aux termes de l'arrêt de renvoi du 2 décembre 2013, il appartenait à la CNA de rendre une décision réglant la question de la causalité à l'aune de l'instruction complémentaire exigée par l'instance cantonale.

Par décision du 18 mars 2019 notifiée à Fortuna, avec copie à B.\_\_\_\_\_, la CNA s'est référée à l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ pour estimer qu'au-delà du 28 novembre 2008, les troubles n'étaient plus en relation de

causalité avec l'accident du 7 avril 2008 et a mis fin à ses prestations. Elle a également mis un terme au versement de la rente au 31 mars 2019.

Le 29 avril 2019, l'assuré, par l'entremise de son assurance de protection juridique, s'est opposé à cette décision. Contestant la valeur probante du rapport d'expertise médicale du 28 février 2016, il a remis un rapport médical du 2 avril 2019 dans lequel le Dr D.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions de Fortuna :

- “1. *Depuis quand soignez-vous notre assuré ?* Depuis le 10.03.2010.
2. *Quels sont vos diagnostics ?* Gonarthrose sévère à D [droite], à prédominance externe.
3. *Quels sont les ttt [traitements] médicaux prescrits ?* Proposition de mise en place d'une prothèse totale du genou.
4. *Comment la capacité de travail de notre assuré a-t-elle évolué à partir du 07.04.2008 dans son activité habituelle de manœuvre ? Dans une activité adaptée ?* Je n'ai jamais suivi régulièrement ce patient que j'ai vu épisodiquement depuis 2010. A ma connaissance, il n'a jamais été capable de reprendre une activité professionnelle significative jusqu'à aujourd'hui.
5. *Quelle est la capacité de travail de Mr Q.\_\_\_\_\_ dans son activité de manœuvre ?* Je ne pense pas que ce patient puisse avoir une activité professionnelle quelconque.
6. *Quels sont les limitations fonctionnelles présentées par notre assuré dans son activité de manœuvre ? Dans une activité adaptée ?* Une activité de manœuvre est impossible et je ne pense pas qu'il soit possible non plus de trouver une activité adaptée.
7. *Estimez-vous que l'état de santé du patient s'est péjoré depuis 2008 ?* Oui, la gonarthrose s'est aggravée radiologiquement. Cliniquement, il n'y a pas de modifications significatives depuis 2014.
8. *Sa capacité de travail pourrait-elle évoluer à l'avenir ? Si oui, dans quelle mesure et dans quel délai ?* La situation du genou ne peut que s'aggraver à l'avenir.
9. *Pronostic ?* Défavorable.
10. *Partagez-vous l'avis de l'expert de la SUVA selon lequel il y aurait une prédisposition constitutionnelle, que les troubles de notre assuré résulteraient d'une arthropathie dégénérative si bien que l'accident n'aurait que temporairement aggravé des*

*problèmes de santé évolutifs et que finalement 6 mois après l'accident, les troubles à la santé de notre assuré ne seraient plus en lien avec l'accident ? Si non, nous vous remercions de motiver votre réponse.* L'arthrose actuelle est certainement en relation avec les interventions multiples qui ont été faites sur le ménisque externe. La première de ces interventions a toujours été considérée comme traumatique, due à une lésion méniscale attribuée à une entorse survenue en avril 2008. Je ne pense pas que l'on puisse parler de prédisposition constitutionnelle étant donné qu'il n'y a pas de lésions significatives au niveau du genou G [gauche] et que les lésions du genou droit touchent essentiellement le compartiment externe qui a été opéré à de multiples reprises.

11. *Remarques ? /"*

Le 1<sup>er</sup> mai 2019, T. \_\_\_\_\_ s'est opposée « à titre provisoire » à la décision de la CNA. Les assureurs T. \_\_\_\_\_ ont requis la suspension de la procédure dans la perspective de la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire.

Par décision du 13 août 2019, la CNA a rejeté les oppositions. Elle a notamment expliqué que sur une question essentiellement médicale, il convenait de se rallier à l'analyse du Dr N. \_\_\_\_\_ effectuée « dans les règles de l'art » et dont les conclusions n'étaient pas remises en cause par le Dr D. \_\_\_\_\_. Elle a également considéré que n'étant plus tenue à prester dès le 29 novembre 2008, elle n'avait pas à se positionner sur la question de l'origine dégénérative plutôt que traumatique des troubles dès cette date et a en conséquence refusé de suspendre la procédure d'opposition, renvoyant les assureurs T. \_\_\_\_\_ à agir auprès de l'assureur-maladie de l'assuré afin de diligenter l'expertise complémentaire souhaitée dès lors que la gestion du cas ne lui incombait plus.

**B.** Par acte du 16 septembre 2019, Q. \_\_\_\_\_, représenté par Me François Gillard, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il réitère ses griefs à l'encontre du Dr N. \_\_\_\_\_, considérant que les rapports professionnels passés de l'expert avec l'intimée font obstacle à l'exigence de neutralité. Il conclut principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que la CNA est tenue de lui octroyer une rente d'invalidité et une

indemnité pour atteinte à l'intégrité « dont le[s] taux exact[s] devr[ont] encore être déterminé[s] après réexamen selon les résultats de l'expertise demandée ci-dessus, respectivement après nouvelle appréciation de son dossier par Votre Cour », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert production par la CNA ainsi que par l'Office AI du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) de son dossier complet et son audition personnelle. Se réservant le droit de produire un rapport médical complémentaire de son nouveau médecin traitant, il requiert également que soit ordonnée une expertise judiciaire pour établir « quel est son état actuel de santé, c'est-à-dire quelle est sa capacité de gain actuelle et quel est son taux d'invalidité ».

Dans sa réponse du 9 octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur oppositions du 13 août 2019. Elle maintient que son appréciation du cas suivant l'analyse du Dr N. \_\_\_\_\_ est fondée, sans qu'un complément d'instruction sur le plan médical ne se justifie. Elle a par ailleurs produit son dossier.

Le 17 février 2020, en réplique, le recourant a maintenu ses précédentes conclusions. Invoquant à nouveau un « problème formel en lien avec l'expert désigné par la SUVA, à savoir le Dr N. \_\_\_\_\_ », il reproche à l'intimée d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ en se plaignant de l'absence de prise en compte des avis divergents des médecins consultés, à savoir les Drs D. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_. Le recourant réitère notamment sa requête d'une nouvelle expertise, judiciaire, pour déterminer l'influence de l'accident d'avril 2008 sur ses douleurs persistantes au genou droit. En annexe à cette écriture, figurent :

- une demande de récusation de l'expert Dr N. \_\_\_\_\_ formulée le 22 janvier 2015 par l'entremise de la protection juridique Fortuna (déjà au dossier), et ;

- un complément du 12 avril 2019 du Dr D. \_\_\_\_\_ à son rapport du 2 avril 2019 à Fortuna, dont la teneur est la suivante :

“Maître,

J’ai revu ce patient le 08.04.2019 cliniquement et j’ai refait des radiographies. Je désire apporter une petite correction à mon récent rapport.

Cliniquement, l’épanchement de la synovite [a] augmenté depuis mars 2018. Il y a également une diminution de l’amplitude de la flexion d’environ 10°. La flexion-extension est actuellement de 130°/5°/0° à D contre 150°/0°/0° à G.

Le contrôle radiologique montre une progression de l’arthrose du compartiment externe, avec un interligne résiduel sur les clichés en charge d’un peu plus d’un millimètre. Sur le cliché en charge des deux genoux fait aujourd’hui, je peux vous confirmer qu’il n’y a pas de signes significatifs au niveau du genou G. [...]”

Dans sa duplique du 10 mars 2020, l’intimée a conclu derechef au rejet du recours.

Le 24 juin 2020, le recourant a répété que la gonarthrose droite actuelle était la conséquence directe de l’accident d’avril 2008 et a produit à l’appui de son propos un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 11 juin 2020, consécutif à une consultation du même jour. Ce médecin relevait notamment ce qui suit :

“Diagnostic :

- Gonarthrose D post-traumatique.

Anamnèse :

Patient connu pour des interventions arthroscopiques sur son ménisque externe D (accident SUVA). Le patient a développé une gonarthrose D pour laquelle il a vu le Dr D. \_\_\_\_\_, lequel propose la mise en place d’une PTG D.

[...]

Bilan radiologique :

Ne disposant pas de radios plus récente que 2009, j’ai effectué un bilan radiologique des 2 genoux de face en charge, des 2 genoux de profil et des rotules en axial : ces clichés montrent une gonarthrose tri-compartimentale D à prédominance externe.

Appréciation :

A mon sens, la gonarthrose D actuelle est en relation avec les interventions arthroscopiques du ménisque externe pratiquées dans les suites d'un accident Suva.

Le genou G ne présente pas par ailleurs de gonarthrose significative.

Je reste par ailleurs à disposition pour procéder à la mise en place de cette prothèse du genou D. Le patient reprendra contact avec moi lorsque la situation asséculoologique sera éclaircie."

Dans ses déterminations du 29 juillet 2020, la CNA a observé que le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de remettre en cause les conclusions de l'expert N. \_\_\_\_\_.

**C.** Par décision du 21 octobre 2019, Q. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 septembre précédant. Un avocat d'office en la personne de Me François Gillard lui a été désigné.

**D.** Il sera encore relevé que le 28 avril 2009, le recourant a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 13 novembre 2009, l'OAI a informé l'intéressé qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible en raison de son état de santé. Par décision du 6 décembre 2011, cet office a octroyé une demi-rente entre le 1<sup>er</sup> octobre 2009 et le 30 juin 2010, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée étant estimée à 50 % depuis le 7 septembre 2009 et à 100 % dès le 8 mars 2010. Par arrêt du 11 mars 2014, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l'intéressé contre cette décision (CASSO AI 16/12 - 56/2014).

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déférée en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 28 novembre 2008 en relation avec l'accident du 7 avril 2008 exclusivement. Il ne porte pas sur le droit à des prestations des suites de l'accident du 9 mai 1996.

**c)** Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3.** Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant remet en cause l'impartialité du Dr N. \_\_\_\_\_ en raison de liens

professionnels passés, remontant à l'an 2000, entre celui-ci et l'intimée, lesquels seraient incompatibles avec la désignation de ce médecin en tant qu'expert.

**a)** L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. (cf. TF 8C\_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C\_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 ; 9C\_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). Il convient de relever que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C\_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C\_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2).

**b)** En l'occurrence, le moyen tiré de l'apparence de prévention à l'égard du Dr N.\_\_\_\_\_ est soulevé tardivement. En effet, en communiquant sa décision du 10 mars 2015 à l'assurance de protection juridique du recourant, la CNA a respecté ses droits de participation à l'expertise puisqu'elle a confirmé la désignation du Dr N.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert et signifié à Fortuna que sauf avis contraire formulé dans les dix

jours, son accord était présumé acquis. Il incombait en conséquence au recourant de faire valoir ses motifs de récusation dans ce délai et d'exiger une décision formelle.

**4. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique (art. 4 LPGA).

**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 seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10

décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

**d)** 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).

**5.** En vertu de l'art. 36 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 (al. 1). 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 (al. 2). 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).

**6. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident, conformément à l'alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA ; cf. consid. 2c supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et 116 V 145 consid. 2b).

**b)** Selon la jurisprudence relative aux art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA, la notion de lésion assimilée à un accident avait pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA devaient-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, aurait en principe dû être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466; 123 V 43

consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Toujours selon cette jurisprudence, on ne pouvait admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – avait fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'intervention d'un facteur extérieur (*statu quo sine*), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'était pas clairement établi. Sinon, on se serait à nouveau trouvé confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C\_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

**c)** Ces règles étaient également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA était survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffisait pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, cette réglementation spécifique trouvait *a fortiori* application dans l'éventualité où ce facteur revêtait un caractère extraordinaire. Il fallait néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y avait lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3, 8C\_606/2013 du 24 juin 2014, consid. 3.3, 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

**7. a)** 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 cas de rapports

médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**b)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

**8. a)** En l'espèce, l'intimée a retenu que les troubles ne sont plus en rapport de causalité avec l'accident assuré au-delà du 28 novembre 2008. Elle suit en cela l'expert N.\_\_\_\_\_ pour lequel l'accident du 7 avril 2008, à l'origine d'une simple contusion, a décompensé le cursus dégénératif du genou droit de manière transitoire. Celui-ci estime que le *statu quo sine* est atteint six mois depuis l'arthroscopie du 28 mai 2008.

Cette appréciation médicale est contestée par le recourant qui soutient, pour sa part, que la persistante de problèmes et de séquelles au genou droit est « en lien direct » avec son « grave » accident de 2008 et qu'il présente encore à ce jour « un taux d'incapacité de travail d'à tout le moins 50% ». Il fait valoir les avis des Drs D.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ à l'appui de sa position.

**b)** En l'occurrence, il ressort de l'IRM du 13 mai 2008 ainsi que de l'arthroscopie du 28 mai 2008, consécutives à l'accident du 7 avril 2008, l'existence de déchirures du ménisque du genou droit, soit d'une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

Par ailleurs, selon l'expert N.\_\_\_\_\_, le recourant était déjà atteint d'une gonarthrose droite lors de l'accident du 7 avril 2008, laquelle était présente depuis plusieurs années et lentement évolutive.

En l'espèce, la préexistence de cette pathologie dégénérative est confirmée par l'arthroscopie du 28 mai 2008. Le Dr S.\_\_\_\_\_ relève en effet une chondropathie de grade II à III du condyle externe et de grade III à IV du plateau externe. Des stades dégénératifs aussi avancés ne sauraient se retrouver déjà à quelques semaines d'un accident. Dans son rapport du 25 février 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ précise encore que « les dégâts cartilagineux dans le compartiment externe étaient déjà marqués lors de l'arthroscopie au mois de mai 2008 », confirmant ainsi la préexistence de la gonarthrose.

Cette antériorité est également attestée par le rapport du 10 septembre 1997 du Dr W.\_\_\_\_\_, faisant déjà état de signes d'une gonarthrose tricompartmentale débutante mise en évidence par une radiographie du 11 février 1997 et du possible commencement de cette gonarthrose avant l'accident de 1996. Il indiquait également que la méniscectomie externe totale subie en 1996 avait eu et continuerait d'avoir une influence aggravante sur cette arthrose.

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il évoque dans son rapport du 2 avril 2019 des « interventions multiples qui ont été faites sur le ménisque externe » à l'origine de l'arthrose actuelle et indique à ce propos que « la première de ces interventions a toujours été considérée comme traumatique, due à une lésion méniscale attribuée à une entorse survenue en avril 2008 » (cf. rapport du 2 avril 2019 R. 10). C'est manifestement par inadvertance que dans ce rapport, le Dr D.\_\_\_\_\_ impute l'origine de

l'arthrose à l'accident d'avril 2008. De fait, la première intervention chirurgicale sur le ménisque a été pratiquée le 10 juin 1996 et non en 2008, et le Dr D.\_\_\_\_\_ indiquait lui-même dans son rapport du 12 novembre 2010 que « les deux arthroscopies avec méniscectomie externe du genou droit opérées en 1996 étaient certainement la cause de la gonarthrose actuelle ». Il le confirmait dans son rapport du 8 avril 2011, dans lequel il retenait des « douleurs et impotence fonctionnelle du genou droit sur importante gonarthrose post-traumatique, 15 ans après arthroscopie et méniscectomie externe itérative », ajoutant que la gonarthrose allait s'aggraver progressivement.

Enfin, si dans son rapport du 11 juin 2020, le Dr M.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de gonarthrose droite post-traumatique en le considérant « en relation avec les interventions arthroscopiques du ménisque externe pratiquées dans les suites d'un accident SUVA », donc de l'accident de 2008, ce médecin ne fait nulle mention de l'accident de 1996 et de ses suites opératoires. En l'absence d'appréciation portant sur les suites des deux accidents, ce rapport ne permet pas d'exclure une gonarthrose préexistant à l'accident d'avril 2008.

En l'espèce, l'allégation par le recourant d'un lien direct entre l'accident d'avril 2008 et la pathologie actuelle de son genou droit relève de l'adage *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne permet pas d'établir un rapport de causalité naturelle entre un événement et une lésion.

**c)** En présence d'une gonarthrose, il convient d'examiner si et à partir de quand son caractère exclusivement dégénératif est établi, ceci en relation avec l'accident du 7 avril 2008 exclusivement.

L'expert N.\_\_\_\_\_ considère que cet événement a décompensé le cursus dégénératif du genou de manière transitoire et que le *statu quo sine* était atteint six mois après l'arthroscopie du 28 mai 2008. Il explique, s'agissant de la déchirure du ménisque externe, que le geste arthroscopique a consisté à ôter ou régulariser un reliquat méniscal postéro-externe. Ce reliquat n'ayant manifestement pas de rôle

stabilisateur ou amortisseur significatif, il n'était pas susceptible de modifier la biomécanique du genou au-delà d'une période de deux à quatre mois, délai nécessaire pour récupérer des effets indirects d'une arthroscopie et pouvant être repoussé de deux mois afin de tenir compte du caractère fragile de certains tissus, potentiellement responsables d'un certain retard dans la récupération fonctionnelle. Cette régularisation ne pouvait influencer plus durablement le cursus dégénératif du genou. L'expert observe encore que le suivi radiologique ultérieur démontre l'absence de décompensation drastique, le genou suivant une évolution dégénérative lente et usuelle. S'agissant du ménisque interne, l'expert indique que le segment méniscal régularisé lors de l'arthroscopie présentait lui aussi une très faible valeur amortissante, ne pouvant pas modifier le cursus du genou, au-delà de six mois.

Toujours s'agissant du ménisque interne, il n'apparaît au demeurant pas certain que l'atteinte consiste en une déchirure. En effet, cette atteinte est qualifiée d'irrégularité par le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'arthroscopie du 28 mai 2008 et l'IRM du 8 mai 2008 ne met pas en évidence d'atteinte de sa surface. Selon l'expert, elle fait l'objet d'une simple régularisation méniscale, ce que confirme l'absence de modification structurelle significative sur les images IRM actuelles.

Aucune pièce médicale au dossier ne permet de remettre en cause les observations et conclusions de l'expert quant à un *statu quo sine* six mois après l'arthroscopie du 28 mai 2008 et à une évolution dégénérative usuelle au-delà de cette date. On relèvera par ailleurs que le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ expose un avis à distance de l'événement accidentel, autorisant une analyse rétroactive complète et détaillée, notamment sur la base des documents d'imagerie, de sorte qu'il a une valeur probante prépondérante par rapport aux autres rapports médicaux, ceux-ci étant à l'inverse relativement succincts et ne démontrant en particulier pas en quoi, s'agissant du seul événement du 7 avril 2008, le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte ne serait pas établi au-delà du 28 novembre 2008.

**d)** Cela étant, en présence d'une déchirure méniscale consécutive à l'accident du 7 avril 2008, soit d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, il doit être admis que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte est patent dès le 28 novembre 2008.

En conséquence, la CNA était légitimée à retenir qu'il n'existait plus, à la date du 28 novembre 2008, de lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 avril 2008 et à mettre un terme à ses prestations au 28 novembre 2008.

**e)** Tel serait également le cas en l'absence de toute déchirure méniscale. Dans cette hypothèse, il conviendrait en effet de retenir que l'accident du 7 avril 2008 est à l'origine d'une contusion (rapport du 14 juillet 2008 de la Dre A. \_\_\_\_\_), ayant vraisemblablement causé une aggravation temporaire d'un état dégénératif auparavant asymptomatique. L'assureur ne serait, au regard de l'art. 36 al. 1 LAA et de la jurisprudence corrélative, tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident qu'aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli. Pour la seule contusion qui aurait résulté de l'accident, l'expert fixe l'avènement du *statu quo sine* six mois après l'arthroscopie du 28 mai 2008. Il justifie son propos en indiquant ne pas avoir d'éléments objectifs probants caractérisant une rapide ou abrupte décompensation de la gonarthrose droite suite à l'événement du 7 avril 2008 et considère qu'au-delà du 28 novembre 2008, le cursus du genou droit a été manifestement régi par l'arthropathie dégénérative évoluant depuis de nombreuses années. Comme exposé ci-dessus, l'appréciation de l'expert N. \_\_\_\_\_ relative à la survenance du *statu quo sine* a valeur probante.

**9.** La CNA a également mis un terme au versement de la rente au 31 mars 2019, rente qu'elle a apparemment continué à verser nonobstant l'annulation, par arrêt de la Cour de céans du 2 décembre 2013, de la décision sur opposition du 19 septembre 2011.

En l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 avril 2008 et l'atteinte à la santé incapacitante subsistant au-delà du 28 novembre 2008, le recourant n'a pas droit à une rente. En l'occurrence, la CNA était légitimée à mettre fin à son versement avec effet *ex nunc et pro futuro* sans procéder par voie de révision (art. 53 al. 1 LPGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), dès l'instant où la décision sur opposition du 19 septembre 2011 octroyant initialement cette rente a été annulée.

**10.** Sur le vu de ce qui précède, un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, la production par l'OAI de son dossier complet, son audition personnelle ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire – doivent dès lors être rejetées. Notamment le recourant a eu largement la possibilité de s'exprimer tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. De plus, il a produit un rapport complémentaire de son nouveau médecin. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

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

**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 (art. 61 let. g LPGA).

**c)** Par décision de la juge instructrice du 21 octobre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 septembre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office

en la personne de Me François Gillard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 18 novembre 2020. Ces opérations étant justifiées, il convient d'arrêter à 2'100 fr. l'indemnité de Me Gillard, correspondant à onze heures et quarante minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'261 fr. 70 (2'100 fr. + 161 fr. 70).

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 113 fr. 10 (105 fr. + 8 fr. 10).

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'374 fr. 80 (2'261 fr. 70 + 113 fr. 10).

**d)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur oppositions rendue le 13 août 2019 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.
- IV.** L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil du recourant, est arrêtée à 2'374 fr. 80 (deux mille trois cent septante-quatre francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me François Gillard (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :