

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2023

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant,

et

K. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé depuis le 14 janvier 2013 par X._____ SA en qualité de responsable financier. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de K._____ SA (ci-après : K._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 15 février 2022, l'employeur de l'assuré a informé K._____ qu'en date du 12 février 2022, ce dernier « marchai[t] sur la route lorsqu'un skieur est arrivé en grande vitesse dans [s]on dos. Surpris et en voulant l'éviter, [il a] fait une torsion du genou gauche ». Une déchirure du ligament et une lésion du ménisque étaient également évoquées, ce qui devait encore être confirmé par un médecin.

L'assuré ne s'est pas trouvé en incapacité de travail à la suite de cet évènement.

Dans un rapport médical initial du 18 février 2022 à K._____, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une entorse du genou gauche et a suspecté une lésion du ménisque interne, ce dernier point devant toutefois être corroboré par les bilans des imageries par résonance magnétique (IRM).

Dans un rapport radiologique du 23 février 2022 relatif à une radiographie des genoux effectuée le même jour, la Dre Z._____, spécialiste en radiologie, a relevé la pose d'une prothèse totale du genou droit. Elle a décrit comme suit l'état du genou gauche de l'assuré :

« Gonarthrose tricompartmentale modérée prédominant au niveau du compartiment fémorotibial interne où il existe un pincement de l'interligne articulaire, géodes sous-chondraux de plateau tibial interne. La rotule est de type Wiberg deux désaxée vers l'extérieur. Il n'y a pas d'épanchement articulaire. La densité osseuse est homogène ».

Dans un autre rapport radiologique du 23 février 2022 relatif à une IRM du genou gauche effectuée le même jour, la Dre Z._____ a notamment constaté les éléments suivants :

« Gonarthrose tricompartmentale prédominant au niveau du compartiment fémorotibial interne. Remaniements dégénératifs de l'articulation fémoropatellaire avec désaxation externe de la rotule. Méniscope pathie du compartiment interne avec rupture méniscale au niveau latérale et postérieure ».

Dans un rapport du 7 mars 2022, le Dr C._____ a précisé qu'il avait opéré l'assuré d'une prothèse totale du genou droit en 2012, dont l'évolution était tout à fait favorable. S'agissant du genou gauche, il a diagnostiqué une chondropathie fémoro-patellaire traumatique et une désaxation externe de la rotule avec lésion méniscale interne. L'examen clinique effectué par ce médecin a notamment révélé un important épanchement et des douleurs importantes à la mobilisation de la rotule, surtout sur l'aileron externe. Il a indiqué qu'un recentrage de la rotule par section de l'aileron externe et révision du genou gauche était prévu le 15 mars 2022.

Dans un questionnaire signé le 9 mars 2022, l'assuré a notamment indiqué qu'il n'avait jamais souffert d'une atteinte au genou gauche par le passé.

Dans un rapport du 13 mars 2022, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de K._____, a diagnostiqué une décompensation transitoire traumatique d'une gonarthrose gauche. Il a fait état d'un status post prothèse totale du genou droit comme élément étranger à l'accident. Il a estimé que les troubles actuels étaient seulement possiblement en lien de causalité avec l'accident. Il a émis l'avis que les imageries effectuées ne montrent aucun élément traumatique. Tout en précisant que la décompensation traumatique était transitoire et de courte durée, il a considéré que la date du bilan radiologique, soit le 23 février 2022, pouvait être reconnue comme la date du status quo sine.

Par décision du 14 mars 2022, K._____ a indiqué qu'elle prenait en charge uniquement les frais médicaux encourus jusqu'au 23 février 2022 y compris. Se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, elle a considéré que l'examen du dossier médical de l'assuré, singulièrement des différents examens par imagerie, ne démontrait par l'existence d'un lien de causalité suffisant entre l'accident du 12 février 2022 et les troubles de l'assuré au niveau du genou gauche. Ce dernier présentait des atteintes d'origine malade indépendante de l'accident du 12 février 2022, lequel a seulement décompensé momentanément la situation jusqu'au 23 février 2022, date à partir de laquelle il convenait de considérer les troubles persistants comme d'origine malade.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 23 mars 2022 et a requis sa modification. En substance, s'il n'a pas contesté que l'état de son genou gauche n'était plus tout neuf, il a exposé que jusqu'à l'accident, il n'avait aucun problème, ni douleurs pour effectuer certaines activités (notamment la marche, le tennis et le vélo) précisant que depuis lors, il ne peut plus rien entreprendre compte tenu des douleurs récurrentes dues à l'accident. Il a ajouté que sans cet accident, il n'aurait pas eu besoin d'une intervention pour poursuivre ses activités physiques habituelles et vivre une vie normale.

Par décision du 11 mai 2022, K._____ a rejeté l'opposition de l'assuré. Selon son médecin-conseil, l'évènement du 12 février 2022 a seulement provoqué une décompensation transitoire traumatique d'une gonarthrose gauche. Ce dernier a relevé le fait que l'assuré s'était soumis à la pose d'une prothèse totale du genou droit par le passé, ce qui, selon l'intimée, était source d'instabilité. Les examens d'imagerie réalisés n'ont montré aucun élément traumatique. Le médecin-conseil a en revanche observé chez cet assuré de [...] ans une importante gonarthrose fémoro-tibiale interne avec une lésion dégénérative méniscale interne et une subluxation externe de la rotule qui étaient visibles sur les images. K._____ a également rappelé que déduire que des troubles sont consécutifs à un accident parce qu'ils surviennent après un accident est, selon la jurisprudence constante, un raisonnement impropre à établir un

rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé.

B. Le 3 juin 2022, H._____ a recouru contre la décision du 11 mai 2022 de K._____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi des prestations d'assurances. Il reprend pour l'essentiel la motivation qu'il a formulée dans le cadre de son opposition du 23 mars 2022, ajoutant qu'il estime que les lésions sont la conséquence d'un accident, soit d'un évènement imprévisible, fortuit et inévitable, d'où la déchirure et les lésions constatées.

Dans sa réponse du 12 juillet 2022, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle confirme en tout point les motifs de sa décision sur opposition du 11 mai 2022. Elle précise toutefois que la décision querellée a correctement qualifié l'évènement du 12 février 2022 d'accident mais qu'elle a cependant nié l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et les troubles au genou gauche du recourant au-delà du 23 février 2022. Le médecin-conseil a exposé de manière non contestée qu'après cette date, seules des lésions d'origine dégénérative montrées par les examens par imagerie effectués peuvent expliquer les plaintes du recourant.

Dans sa réplique du 7 août 2022, le recourant confirme les conclusions et les moyens de son recours.

Le 17 août 2022, l'intimée informe la Cour de céans qu'elle renonce à dupliquer, confirme ses conclusions et renvoie à sa réponse du 12 juillet 2022 et à sa décision sur opposition du 11 mai 2022.

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) 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 a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre, en lien avec l'accident survenu le 12 février 2022, à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical) au-delà du 23 février 2022.

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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la

personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 ou, 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). 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).

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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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).

5. En l'espèce, le Dr O._____, médecin-conseil de l'intimée, a estimé que l'évènement du 12 février 2022 a causé une décompensation transitoire traumatique d'une gonarthrose gauche. Il a estimé que les troubles du recourant étaient seulement possiblement en lien de causalité avec l'accident. Il a également observé qu'au moment de son rapport, le recourant était âgé de [...] ans et que ce dernier avait déjà subi une arthroplastie totale du genou droit par le passé.

Aucun élément au dossier ne permet de douter des conclusions du médecin-conseil. Celui-ci a fondé son appréciation sur la base d'un dossier complet puisqu'il a pris connaissance des imageries et des rapports y afférents du 23 février 2022 de la Dre Z._____ ainsi que du rapport médical du 7 mars 2022 du Dr C._____. Il a également tenu compte des antécédents médicaux du recourant ainsi que de son âge. L'instruction du cas sur le plan médical par le Dr O._____ échappe donc à la critique. Contrairement à ce que semble soutenir le recourant, le médecin-conseil a bien tenu compte de la rupture méniscale au niveau latéral et postérieur révélée par l'IRM du 23 février 2022. Il a également pris en considération le rapport du Dr C._____ du 7 mars 2022 qui fait notamment état d'un important épanchement. Cela étant, le médecin-

conseil, en ayant connaissance de ces facteurs, a tout de même estimé qu'aucun élément traumatique ne pouvait être déduit de ces imageries. Il a tout au plus considéré que le lien de causalité entre l'accident du 12 février 2022 et les douleurs persistantes à son genou gauche était possible, ce qui n'est pas suffisant, du point de vue du droit des assurances sociales, pour retenir l'existence d'un tel lien. A cet égard, le recourant n'a jamais été en mesure de remettre en cause les conclusions du médecin-conseil de l'intimée par des éléments objectifs. D'ailleurs, le rapport du 7 mars 2022 du Dr C._____, qui fait état d'une « chondropathie fémoro-patellaire traumatique », ne permet pas non plus de s'écarter de l'appréciation du médecin-conseil. En réalité, le Dr C._____ n'exprime pas autre chose que le Dr O._____. De plus, contrairement à ce dernier, le Dr C._____ ne s'est pas prononcé sur lien de causalité entre les troubles du recourant et l'accident du 12 février 2022.

De surcroît, le recourant fait essentiellement valoir dans ses écritures qu'il n'avait jamais eu de problèmes ou de douleurs au genou gauche avant l'accident et que c'est uniquement ce dernier qui a rendu nécessaires les interventions qui ont suivi (raisonnement post hoc ergo propter hoc). Toutefois, conformément aux principes rappelés ci-dessus (cf. consid. 3b ci-dessus), un tel raisonnement n'est pas suffisant pour établir un lien de causalité naturelle.

Ainsi, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations sur la base de l'appréciation probante de son médecin-conseil en retenant, avec un certain schématisme qu'autorise la jurisprudence quant à l'interruption de la causalité, que l'état de santé du recourant tel qu'il aurait été sans l'accident du 12 février 2022 (statu quo sine) était atteint le 23 février 2022 au plus tard et que les troubles subsistant au genou gauche au-delà de cette date n'étaient plus dus à l'accident mais à une maladie.

6. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 11 mai 2022 par K._____ SA est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- H._____, à [...],
- K._____ SA, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :