

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, DIVISION ASSURANCE MILITAIRE, à Berne, intimée, représentée par Me Christian Grossi, avocat à Jongny.

Art. 5 LAM

E n f a i t :

A. a) En 2009, alors qu'il courrait sur un sentier, J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a mis le pied droit dans un trou et s'est tordu le genou latéralement. Le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital D._____, a posé les diagnostics de fracture ostéo-cartilagineuse de la rotule droite sur un mécanisme de luxation, et de déchirure de l'aileron interne du genou droit. Le 26 juin 2009, il a pratiqué une opération de réduction et ostéosynthèse du fragment ostéo-cartilagineux de la rotule et de suture de l'aileron interne déchiré. L'assuré a ensuite fait de la physiothérapie pendant quatre mois et le traitement a été considéré comme terminé en septembre 2009. Il a pu reprendre son apprentissage, qui s'est déroulé sans trop de problèmes, même si cela n'a pas été facile, au début, de se mettre à genoux. Il faisait attention à ménager son genou droit. Il a obtenu ses deux Certificats fédéraux de capacité (CFC) de parqueteur et de poseur de sols.

b) Dans le cadre de son service militaire, l'assuré a effectué le recrutement en mai 2013. A cette occasion, il a mentionné une opération de la tête de rotule gauche en 2009. Le médecin examinateur n'a toutefois évoqué aucune particularité à l'examen clinique. On apprend du rapport d'examen médico-psychologique que l'assuré faisait de l'uni-hockey, de l'air-soft et de la moto.

c) J._____ est entré à l'école de recrues le 10 mars 2014. Le 27 mars, lors d'une course dans un champ avec son paquetage, son genou droit s'est bloqué net. Le genou s'est ensuite débloqué, dans l'élan de la course, avec une douleur décrite comme insupportable. L'assuré a été amené à l'hôpital de S._____. Selon ses déclarations le jour même au médecin de troupe, il éprouvait déjà des douleurs du genou droit depuis trois à quatre jours lorsque celui-ci s'est bloqué lors de l'exercice. Le Dr M._____, médecin au Service des urgences chirurgicales de l'hôpital de S._____, a notamment constaté un genou légèrement enflé, sans

hématome, une douleur à la palpation dans la région périrotulienne et une mobilité limitée par la douleur. En fin de flexion, des douleurs survenaient au niveau de l'articulation médiale. Une nette latéralisation patellaire était constatée à la flexion. Il n'y avait pas de bâillement en valgus ni en varus. Le test de Lachmann n'était pas pathologique et le test d'Apley-Grinding était négatif. Le mécanisme d'extension du genou et la mobilité périphérique étaient intacts, de même que la sensibilité et l'irrigation sanguine. Les examens radiologiques réalisés le 27 mars 2014 n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse. Le Dr M._____ a posé le diagnostic de distorsion du genou droit, d'instabilité de la rotule et de status après opération de la rotule et du ménisque externe, à droite, en 2009. Il a convoqué l'assuré pour une imagerie par résonance magnétique (IRM) le lendemain, qui ne figure toutefois pas au dossier.

Le 31 mars 2014, le médecin de troupe a déclaré l'assuré inapte au service et l'a licencié avec effet immédiat, en proposant de réexaminer la situation dans un délai de 18 mois. Il a mentionné une distorsion traumatique du genou droit, le 27 mars 2014, après un épisode de douleurs pendant les jours précédents et, depuis lors, une forte douleur persistante. Cliniquement, il a notamment fait état d'une légère tuméfaction, sans hématome, d'une douleur à la palpation aux niveaux infra-rotulien et de l'articulation médiale, ainsi que d'une nette latéralisation de la rotule en flexion, avec crépitation, sans instabilité.

L'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale dès le 27 mars 2014. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les frais de traitements et alloué des indemnités journalières.

d) L'assuré a consulté le service des urgences du Centre X._____ (ci-après : X._____) le 2 avril 2014. La Dresse Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien, y a procédé à un examen clinique, lors duquel elle a constaté un genou tuméfié, un épanchement intra-articulaire modéré, l'absence de bâillement en valgus et des douleurs à la palpation en regard de la

tubérosité tibiale antérieure et du ligament latéral interne. Sous la rubrique « problème et attitude [à l'entrée] » de son rapport du 7 avril 2014, elle a mentionné une fracture du plateau tibial du genou droit en précisant :

« Avis OTR [orthopédie et traumatologie] : pas de fracture visible sur Rx [radiographie]
Fracture du plateau tibial genou D [droit] confirmé sur IRM »

e) Les 2 et 13 mai 2014, l'assuré a consulté le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du X._____. Celui-ci a procédé à des examens cliniques et a requis de nouveaux examens radiologiques. Dans un rapport du 6 juin 2014, il a rappelé que l'intéressé avait été opéré le 29 juin 2009 par le Dr F._____ pour une réinsertion par ostéosynthèse d'un fragment ostéo-cartilagineux à hauteur du versant interne de la rotule. L'évolution post-opératoire avait été marquée par une absence de douleur, mais par la persistance d'une instabilité rotulienne avec luxation chronique de celle-ci sur son versant externe. Il n'y avait pas eu de véritable suivi à l'Hôpital D._____, mais malgré la luxation chronique de la rotule, l'assuré restait peu gêné dans le cadre de ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. Le 27 mars 2014, alors qu'il était à l'armée, il avait dû effectuer une course avec un sac à dos et avait présenté un épisode de lâchage à hauteur du genou, avec sensation de blocage et douleurs immédiates. Cet épisode s'était accompagné d'un épanchement post-traumatique. Depuis lors, l'assuré souffrait de douleurs au versant antéro-interne du genou, décrites comme permanentes et majorées par la montée ou la descente d'escaliers, les positions à genoux ou accroupi, ou encore les positions debout prolongées. A l'examen clinique, le Dr P._____ constatait notamment une rotule paraissant centrée en extension, mais se luxant en externe lorsque le genou était fléchi au-delà de 30°. Les radiographies standards mettaient en évidence une dysplasie trochléenne de type C selon David Dejour. Un scanner du genou, réalisé au X._____ le 13 mai 2014, permettait de constater une distance anormale entre la tubérosité tibiale antérieure et la gorge de la trochlée (TAGT), de 24 mm à droite pour 15

mm à gauche, une antéversion fémorale diminuée à 6° à droite pour 2° à gauche et une exorotation tibiale de 14° à droite pour 21° à gauche. L'examen objectivait également un cal vicieux à hauteur de la facette interne de la rotule, en status post ostéosynthèse du fragment ostéochondral précédemment décrit. En effet, le fragment avulsé avait été réinséré à la face profonde de la facette rotulienne interne.

Le Dr P. _____ s'est également référé à l'examen IRM réalisé le 28 mars 2014 à l'hôpital de S. _____, qui lui avait été adressé par ce dernier. Cet examen confirmait une réinsertion non-anatomique du fragment ostéochondral précédemment décrit. Il n'y avait pas de cartilage visible sur la facette rotulienne interne. La facette rotulienne externe présentait un cartilage encore continu mais offrait des signes de chondropathie que le Dr P. _____ estimait de stade I à II. La trochlée fémorale, qui présentait un aspect de type Cliff, présentait un cartilage préservé à hauteur de ce qui correspondait à son versant externe, avec à nouveau des signes de chondropathie de type I à II. Le versant interne de la trochlée fémorale présentait un cartilage nettement hypoplasique. La rotule était d'aspect naturellement dysplasique, en comparaison avec le côté opposé, qui pouvait être classifié « Wiberg type 3 ».

En résumé, selon le Dr P. _____, l'assuré présentait un status cinq ans après un épisode unique de luxation externe de la rotule qui avait fait l'objet d'une prise en charge chirurgicale précoce. La réinsertion d'un fragment ostéochondral s'était faite en cal vicieux et l'assuré présentait une dysplasie trochléenne de type C, une majoration de la TAGT, une diminution de l'antéversion fémorale et de l'exorotation tibiale, ainsi qu'une chondropathie de stade I à II de la facette rotulienne externe et du versant externe de la trochlée fémorale. Le versant interne de cette trochlée n'offrait pas de cartilage sur le côté rotulien et un cartilage hypoplasique sur le côté trochléen. Le Dr P. _____ a suggéré une intervention chirurgicale en vue de corriger plusieurs de ces atteintes. Le 15 septembre 2014, il a pratiqué une opération comportant les interventions suivantes :

- « 1. **Arthroscopie diagnostique**
- 2. **Transposition médiale de la tubérosité tibiale antérieure de 10 mm**
- 3. **Plastie d'allongement de l'aileron rotulien externe, en Z**
- 4. **Ostéotomie de la rotule pour correction de cal vicieux**
- 5. **Trochléoplastie de creusement et d'élévation de la joue externe de la trochlée fémorale**
- 6. **Section d'exostose sur la joue interne de la trochlée fémorale**
- 7. **Bursectomie prérotulienne**
- 8. **Plastie d'avancement du vaste médial oblique selon Insall, avec reprise de suture du ligament patellofémoral médial »**

L'assuré est resté hospitalisé du 14 au 27 septembre 2014.

f) Par une appréciation médicale du 10 octobre 2014, la Dresse K._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé que le genou droit de l'assuré présentait des atteintes avant l'entrée en service militaire, en particulier une instabilité rotulienne avec luxation chronique de celle-ci, une dysplasie fémoro-patellaire avec dysplasie au niveau du condyle fémoral comme au niveau de la rotule, ainsi qu'une ostéosynthèse non-anatomique du fragment cartilagineux, en 2009. L'intervention prévue par le Dr P._____ avait pour objet de centraliser la rotule, modifier la trochlée fémorale et reconstruire l'aileron interne par une plastie tendineuse, autrement dit de corriger l'état antérieur à l'entrée en service. Selon les documents médicaux à disposition, il n'y avait aucun signe de nouvelle lésion traumatique le 27 mars 2014. L'assuré avait présenté à cette date une décompensation passagère d'un état préexistant. L'élimination de cette aggravation (statu quo sine) était acquise avant l'intervention prévue par le Dr P._____.

g) La CNA a adressé à l'assuré un préavis du 21 octobre 2014, relatif à la fin des prestations de l'assurance militaire au 13 septembre 2014. Par l'intermédiaire de Me Flore Primault, l'assuré a contesté ce préavis le 11 décembre 2014, soulignant notamment qu'il n'avait jamais été gêné par son genou entre l'intervention chirurgicale subie en 2009 et l'événement du 27 mars 2014. Le médecin militaire qui l'avait examiné lors du recrutement n'avait par ailleurs pas estimé qu'il y avait un état

maladif préexistant justifiant des investigations complémentaires avant d'admettre son aptitude au service.

h) Dans une nouvelle appréciation médicale du 12 décembre 2014, la Dresse K._____ a confirmé sa précédente appréciation.

Par décision du 9 janvier 2015, la CNA a mis fin au droit aux prestations de l'assuré au 13 septembre 2014 en raison d'un retour au statu quo ante atteint à cette date au plus tard.

Le 4 février 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à la décision susmentionnée. Il a souligné que le diagnostic de luxation chronique de la rotule n'avait jamais été posé avant l'événement du 27 mars 2014, que le Dr M._____ avait diagnostiqué un traumatisme sur distorsion du genou et que le médecin de troupe n'avait pas constaté d'instabilité. Il a ajouté que le Dr P._____ a expliqué qu'il avait posé le diagnostic d'instabilité rotulienne avec luxation chronique « en lien avec les visites ultérieures et suite à l'événement du 27 mars 2014 » ; « il ne pouvait pas indiquer qu'il existait une luxation chronique avant cet événement puisqu'il n'avait jamais vu le patient avant et qu'un tel diagnostic n'avait été posé par aucun des médecins consultés auparavant ».

La CNA a demandé divers documents médicaux au X._____, dont l'IRM réalisé à l'hôpital de S._____ le 28 mars 2014. Le X._____ a communiqué une partie des documents requis, mais pas tous. L'IRM réalisé le 28 mars 2014 manquait notamment. La CNA a alors invité le conseil de l'assuré à requérir directement les documents auprès du X._____ et à les lui transmettre. Le 9 mars 2016, Me Primault a transmis plusieurs des documents demandés, sans toutefois produire l'IRM du 28 mars 2014.

Par appréciation orthopédique du 24 octobre 2016, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de la CNA, a évalué la situation de l'assuré de la manière suivante :

« Discussion

Dans le cas de M. J._____, il s'agit donc de déterminer si l'intervention effectuée le 15 septembre 2014 était à mettre en rapport de causalité naturelle avec l'événement référé du 27 mars 2014 ou s'il y a lieu de considérer que cette intervention a été indiquée en raison d'une problématique orthopédique déjà existante, en status après premier épisode de luxation fémoro-partellaire et fracture ostéochondrale en mai 2009, comme l'a retenu le médecin d'arrondissement, Mme le Dr K._____, dans ses évaluations successives des 10 octobre et 12 décembre 2014.

Avant de discuter spécifiquement le cas de M. J._____, je ferai brièvement un petit rappel théorique sur les pathologies de l'articulation fémoro-partellaire.

Quelques éléments de physiopathologie de l'articulation fémoro-partellaire :

La rotule correspond au plus gros des os dits sésamoïdes du corps humain. Les os sésamoïdes, souvent recouverts en partie de cartilage, sont des éléments calcifiés intégrés dans un tendon ou une structure ligamento-aponévrotique et jouent un rôle dans le glissement de ces structures. La rotule est ainsi intégrée dans une structure tendineuse puissante correspondant à la terminaison distale du muscle quadriceps fémoral, un des plus puissant muscle du corps. Même s'il s'agit fondamentalement d'une structure unique dans laquelle se place la rotule, on distingue la partie tendineuse se trouvant proximale à la rotule (tendon quadricipital) et la partie se trouvant distale à la rotule (tendon ou ligament rotulien s'insérant distalement au niveau de la TTA [tubérosité tibiale antérieure]).

Sur son versant articulaire (profond), la rotule, qui comprend en principe deux facettes (médiale et latérale ou interne et externe) séparées par une crête, chemine dans la trochlée, dépression ou gorge se trouvant entre les deux éminences condyliennes du fémur distal sur son aspect antérieur. En conditions idéales, la rotule est composée de deux facettes d'égale grandeur, séparées par une crête (rotule de type I selon Wiberg) et la trochlée se présente avec une dépression centrale, respectivement une gorge composée par deux facettes d'égale grandeur.

Même dans une situation physiologique, en conséquence d'un traumatisme, on peut avoir [une] luxation de la rotule hors de la gorge trochléenne. Sauf cas exceptionnels, on peut retenir que la luxation se fait toujours vers l'extérieur. En se luxant (ou en se réduisant après luxation), la rotule peut présenter des arrachements osseux ou des fractures superficielles, dites ostéochondrales, et il existe la plupart du temps des lésions des parties molles (ligaments fémoro-patellaire, aileron rotulien) sur le versant médial de la rotule.

Si même une anatomie dite physiologique n'empêche pas une luxation, l'immense majorité des cas surviennent malgré tout dans un contexte favorisant d'un point de vue morphologique. Je n'entrerai pas dans les détails de ces troubles morphologiques dont la complexité rend un résumé difficile. J'évoquerai simplement qu'en plus d'anomalies morphologiques de la rotule et/ou de la trochlée, des défauts d'axe (en particulier morphotype en valgus), des anomalies de la rotation fémorale et des troubles musculaires peuvent provoquer des phénomènes d'instabilité au niveau de l'articulation fémoro-patellaire.

Wiberg a classifié les rotules en trois types, à savoir un type I, dit "physiologique" (ou si l'on préfère, correspondant au type "idéal" de rotule), un type II intermédiaire (correspondant en l'occurrence au type le plus souvent retrouvé dans la population générale) et un type III, dit dysplasique, et donc favorisant des troubles de l'articulation fémoro-patellaire. Dans le type III, la rotule présente une large facette externe, tandis que la facette interne est hypoplasique et convexe (au lieu de concave ou plate dans les type I et II).

Au niveau trochléen, Dejour a établi une classification des dysplasies en quatre stades de A à D, où le stade D correspond à la forme la plus grave de dysplasie. Dans le type C, au lieu de correspondre à une gorge, la trochlée présente une convexité, respectivement correspond avant tout à une facette externe. En présence d'une trochlée plate ou convexe au lieu de concave et d'une rotule plate au lieu de bifacettaire, il est aisé de comprendre que la stabilité de la rotule au sein de la trochlée n'est plus assurée.

Ces anomalies morphologiques sont de type développemental sur base génétique et congénitale. Suivant la gravité des troubles morphologiques, respectivement des atteintes dysplasiques, la symptomatologie peut être très variable, puisqu'on peut avoir pour le moins grave de simples phénomènes d'instabilité et pour le plus grave une rotule en position luxée permanente ou quasi permanente. D'un point de vue sémiologique, lorsqu'il existe plusieurs épisodes de luxation, on parle de luxations récidivantes. Lorsque ces phénomènes de luxation se répètent fréquemment sans grande conséquence (réduction spontanée et pas de troubles majeurs suivant l'épisode de luxation), on parle de luxation habituelle. Lorsque chaque mouvement du genou est susceptible d'entraîner une luxation, comme c'est le cas chez M. J. _____, on parle de luxation chronique. Lorsque la rotule reste en position luxée quelle que soit la position du genou, ce qui correspond au stade le plus grave d'instabilité fémoro-patellaire, on parlera finalement d'une luxation invétérée. Les états chroniques et invétés correspondent clairement à des situations décompensées, irréversibles sans correction chirurgicale.

Les traitements des instabilités fémoro-patellaires sont variés et dépendent de l'intensité des symptômes et de la nature des éventuelles anomalies morphologiques mises en évidence. Dans les cas les moins graves, le traitement est physiothérapeutique. D'un point de vue chirurgical, l'intervention la plus classique consiste à médialiser l'appareil extenseur (avec l'idée de recentrer la rotule, respectivement de diminuer sa tendance à la latéralisation

favorisant la luxation) par ostéotomie de translation de la TTA. Dans les cas plus complexes comme chez M. J._____, la forme de la trochlée doit être corrigée, ce qui correspond à une intervention assez délicate d'exécution. Finalement, il arrive même qu'il faille corriger les axes osseux, par exemple à travers des ostéotomies correctives au niveau de la diaphyse fémorale.

Troubles de l'articulation fémoro-patellaire droite chez M. J._____ :

Ces quelques éléments théoriques survolés, je m'intéresserai maintenant spécifiquement au cas de M. J._____.

Chez lui, on ne peut nier, sur base de la documentation à disposition, une situation antécédente à l'événement déclaré du 27 mars 2014, puisqu'aussi bien M. J._____ avait donc présenté en mai 2009 (probablement le 30 mai, date des radiographies) une luxation de la rotule, avec fracture ostéochondrale.

En conséquence, il s'agit de savoir si ce status préexistant a pu être aggravé de manière déterminante par l'événement du 27 mars 2014, de sorte que la responsabilité de l'assurance militaire serait engagée, nonobstant la situation pathologique antécédente. En d'autres mots, il s'agit d'analyser si, lors de l'événement du 27 mars 2014, des lésions structurelles se sont surajoutées à la situation préexistante et si ces lésions structurelles ont conduit à l'intervention du 15 septembre 2014.

Afin de répondre au mieux à ces interrogations, je commencerai par caractériser la situation de M. J._____ d'un point de vue fémoro-rotulien droit sur base de l'imagerie qui m'a été fournie, à savoir celle effectuée dans les suites de l'accident de mai 2009 (radiographies standards du 30 mai 2009 et IRM du 11 juin 2009).

Sur les radiographies standards de face et de profil, on ne note pas d'élément pathologique particulier, hormis un important épanchement intraarticulaire bien visible à l'analyse des parties molles. D'un point de vue chronographique, la radiographie correspond à celle d'un sujet en fin de croissance, avec une tubérosité tibiale antérieure encore non fusionnée, toutefois sans évidence d'une anomalie type Osgood-Schlatter. En l'absence de radiographie axiale fournie, on ne peut définir de manière précise si la rotule est en position centrée ou sublaxée. En l'absence également de radiographie avec une technique stricte (profil exécuté avec légère rotation), il ne peut être évalué l'éventuelle présence d'une dysplasie trochléenne. La fracture ostéochondrale rotulienne n'est pas visible.

Sur l'examen IRM, on note tout d'abord un épanchement intraarticulaire massif. Il existe une contusion (*bone bruise*) de la face interne de la rotule et de la joue externe du fémur distal, d'aspect typique en status après luxation fémoro-patellaire externe. Au centre de la rotule, au niveau de la crête mais sur le versant interne, on note une fracture ostéochondrale d'environ 12 mm x 8 mm. Finalement, il existe une déchirure de l'aileron interne. D'un point de vue morphologique, la rotule est intermédiaire entre un type II ou III selon Wiberg, avec une facette externe plus grande que l'interne mais un aspect plat plutôt que convexe de cette facette interne dans sa partie plus crâniale. Au niveau de la

trochlée, on note déjà - comme ensuite décrit en 2014 - une dysplasie qui peut être classifiée de type C selon Dejour, du fait de l'aspect convexe de la trochlée dans sa partie haute, tandis que dans sa partie moyenne, on note encore un très discret sillon intercondylien, en présence d'une facette interne franchement hypoplasique.

En résumé, au décours de l'épisode de luxation du 30 mai 2009, il a été mis en évidence chez M. J._____ non seulement des lésions traumatiques claires résultant de cette luxation (déchirure de l'aileron interne, fracture ostéocondrale, contusions osseuses et épanchement), mais également des signes de dysplasie importante de l'articulation fémoro-patellaire droite, sur base constitutionnelle (rotule Wiberg de type III et trochlée Dejour de type C).

Sans pouvoir malheureusement comparer avec la situation de 2014, vu que, malgré demande expresse, l'imagerie effectuée en 2014 n'a pas été transmise, on peut ainsi affirmer que déjà en 2009, M. J._____ présentait une situation hautement pathologique de son articulation fémoro-patellaire droite, laquelle a été en plus aggravée de manière déterminante par l'épisode de luxation fémoro-patellaire traumatique survenu le 30 mai 2009.

La pathologie dysplasique était déjà tellement claire et constituée que je ne peux premièrement que m'étonner qu'on n'ait pas posé plus explicitement le diagnostic de troubles dysplasiques de l'articulation fémoro-patellaire à l'époque, mais ensuite qu'on n'ait pas mieux orienté M. J._____ sur son choix professionnel, étant clair déjà sur base des examens de l'époque que le risque de présenter des troubles fémoro-patellaires dans le futur était élevé chez lui et que donc l'activité de parqueteur et de poseur de sols était ainsi particulièrement mal adaptée.

On pourra ensuite regretter que nonobstant la gravité des atteintes ensuite diagnostiquées, M. J._____ ait été déclaré apte au service militaire, mais il est vrai dans le même temps qu'au moment du recrutement, M. J._____ n'a pas référé de troubles particuliers de ce genou droit, mais uniquement les antécédents de chirurgie au niveau de la rotule.

À ce propos, même s'il a été décidé au Centre de recrutement d'un ajournement à une année et demi après l'intervention effectuée en 2014, je suis personnellement d'avis qu'une quelconque activité de conscription n'est plus à considérer chez M. J._____, respectivement qu'il y a lieu de retenir une inaptitude totale et définitive à servir, *a fortiori* en considération de l'évolution actuelle. D'un point de vue professionnel, M. J._____ a de manière fort logique déjà commencé une reconversion professionnelle comme automaticien et informaticien.

Étant établi que déjà en 2009 M. J._____ présentait au niveau de son articulation fémoro-patellaire une situation hautement pathologique, je m'intéresserai maintenant à l'événement déclaré du 27 mars 2014 et aux éventuelles conséquences de cet événement sur le genou droit de M. J._____.

Premièrement, on notera que selon les actes à disposition, M. J._____ a présenté déjà dans les jours précédents l'épisode aigu

du 27 mars 2014 ayant motivé une consultation auprès du médecin de troupe des troubles douloureux de l'articulation fémoro-patellaire droite.

Toute population confondue et pour des raisons d'activités physiques inhabituelles autant que d'équipement, les douleurs antérieures du genou (en anglais *anterior knee pain*) se retrouvent assez fréquemment chez les conscrits. Chez M. J._____, en considération du status sous-jacent, il n'était pas ainsi surprenant qu'il devînt symptomatique au début de son école de recrue, dans le même temps qu'il paraît assez incroyable, en considération du status ensuite mis en évidence dans les suites de l'épisode aigu du 27 mars 2014, que M. J._____ n'ait pas auparavant présenté des symptômes au niveau de l'articulation fémoro-patellaire droite, surtout en considération de la profession exercée.

Toujours est-il que concernant l'épisode du 27 mars 2014, M. J._____ fournit un descriptif qui évoque un épisode aigu de subluxation ou de luxation, avec réduction spontanée. Si l'on peut ainsi éventuellement retenir qu'il y ait eu ce jour-là un épisode de luxation plus important chez M. J._____ que la luxation chronique ensuite diagnostiquée, il n'existe pas non plus, sur base des éléments objectifs à disposition (status clinique ou descriptif de l'IRM), d'arguments parlant pour une atteinte structurelle aiguë imputable uniquement à l'événement référé du 27 mars 2014.

Cliniquement, au jour de l'épisode aigu, M. J._____ ne présentait pas un épanchement articulaire marqué. Il existait une douleur diffuse modérée en région périrotulienne à la palpation et une tuméfaction discrète et il n'y avait pas d'hématome. Sur l'IRM effectuée seulement un jour après l'événement déclaré, le Dr P._____ ne réfère pas non plus un épanchement important, ni contusion osseuse, ni lésion ligamentaire aiguë qui pourrait signer un épisode récent de luxation, respectivement qui pourrait parler pour une atteinte structurelle d'origine traumatique se surajoutant à la situation pathologique préexistante.

Bien plus, il faut se rappeler que les examens ont montré qu'à partir de 30° de flexion, M. J._____ présentait de manière systématique une luxation de la rotule. Étant donné que le status arthroscopique puis arthrotomique a bien démontré l'aspect chronique de cette situation, avec une chondrose marquée de la trochlée provoquée par le frottement du cal vicieux de la fracture ostéochondrale traitée en 2009, il est également clair que cette situation correspond à un long temps d'évolution, respectivement qui ne saurait être la conséquence de l'événement référé du 27 mars 2014, et que la rotule présentait ainsi déjà de manière absolument certaine cet état de luxation chronique à 30° de flexion avant l'épisode du 27 mars 2014.

D'un point de vue clinique ensuite, le Dr P._____ réfère une amyotrophie marquée du membre inférieur droit prédominant au niveau crural, ceci à moins de deux mois de l'épisode référé, avec pour corolaire que cette amyotrophie était déjà certainement présente avant l'accident déclaré.

En d'autres mots, il n'existe chez M. J._____ aucun argument pour retenir une lésion surajoutée en conséquence de l'épisode aigu

référé du 27 mars 2014, tandis qu'on admettra très clairement une décompensation symptomatique de la situation préexistante sur surcharge physique puis possible épisode de luxation le 27 mars 2014. Comme toutefois M. J._____ présentait déjà une luxation chronique dès 30° de flexion, on ne s'attend pas à ce qu'un épisode intercurrent éventuellement plus marqué, respectivement survenant en extension plus qu'en flexion, puisse décompenser de manière durable ou déterminante une situation déjà hautement pathologique. Dans ces conditions, le *statu quo sine* était probablement déjà atteint après quelques semaines, et très certainement au moment où l'administration l'a fixé, à savoir au 13 septembre 2014, soit deux jours avant l'intervention effectuée par le Dr P._____.

À propos de cette intervention, je soulignerai encore que tous les gestes chirurgicaux effectués ont visé à corriger des anomalies qui étaient déjà clairement présentes avant le 27 mars 2014 et qui correspondaient soit à des malformations sur base développementale, soit à de claires séquelles de la luxation traumatique survenue le 30 mai 2009. En effet et encore une fois, la dysplasie rotulienne, la dysplasie trochléenne et le cal vicieux qui ont fait l'objet d'une correction chirurgicale étaient présents avant le 27 mars 2014 et n'ont pas été modifiés structurellement par ledit épisode traumatique référé.

Conclusion

En l'absence de lésions structurelles imputables à l'événement déclaré du 27 mars 2014 et en présence d'un status pathologique préexistant marqué sur base malformative et post-traumatique, il ne peut être établi un rapport de causalité naturelle entre l'événement déclaré du 27 mars 2014 et l'intervention corrective effectuée au niveau du genou droit chez M. J._____ le 15 septembre 2014. »

Par décision sur opposition du 10 novembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé son refus de prester postérieurement au 13 septembre 2014, se référant notamment au rapport du Dr G._____ du 24 octobre 2016.

B. Par acte du 7 décembre 2016, J._____, représenté par Me Primault, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, concluant, principalement, à son annulation et à la constatation qu'il possède un droit aux prestations de l'assurance-militaire également dès le 14 septembre 2014 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause auprès de l'intimée pour une nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. En substance, il a fait valoir qu'il

contestait l'appréciation orthopédique du Dr G._____. A l'appui de sa position, il a réitéré les arguments précédemment avancés, ajoutant notamment que, le 2 avril 2014, la Dresse Z._____ avait mentionné une fracture du plateau tibial du genou droit. En définitive, il estimait que la responsabilité de l'intimée était engagée pour l'événement du 27 mars 2014, également postérieurement au 13 septembre 2014.

Dans une réponse du 16 janvier 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, elle a indiqué considérer que l'appréciation orthopédique du Dr G._____ avait pleine valeur probante.

Par réplique du 9 mars 2017 et duplique du 31 mars 2017, les parties ont confirmé leur position.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance militaire, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAM [loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire ; RS 833.1]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée pour la période postérieure au 13 septembre 2014.

3. Selon l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1) ; elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec certitude avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2, let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2, let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, première phrase, LAM).

La responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service est fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire (Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berne 2000, n° 26 ss ad art. 5-7 ; Franz Schlauri, Die Militärversicherung, in : Schweizerisches

Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., 2007, n° 63). Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (ATF 111 V 141 consid. 4 p. 146 et les références citées ; voir aussi ATF 111 V 370 consid. 1b p. 372 ; SVR 2008 MV n° 3 p. 7, 8C_283/2007, consid. 4.1 ; voir également TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.1).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la

jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C _862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Le recourant demande qu'une expertise orthopédique judiciaire soit mise en œuvre. Il convient de rejeter cette demande, dès lors que les rapports médicaux au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et qu'une expertise ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de poser d'autre constatation relative à l'état de fait pertinent, pour les motifs exposés ci-après (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

6. a) En l'espèce, il ressort de l'ensemble des documents médicaux au dossier que le recourant présentait une atteinte préexistante à son genou droit. Le Dr G._____ expose en effet que l'assuré s'est luxé le genou en 2009, ce qui a entraîné une déchirure de l'aileron interne et une fracture ostéochondrale pour laquelle il a subi une opération le 29 juin 2009, pratiquée par le Dr F._____. Il expose également, de manière convaincante, qu'avant même cet épisode, il présentait des signes de dysplasie importante de l'articulation fémoro-patellaire droite (rotule Wiberg de type III et trochlée Dejour de type C). Il indique, enfin, que l'opération du 29 juin 2009 a conduit à une ostéosynthèse non anatomique, avec un cal vicieux.

b/aa) Le recourant objecte notamment à ces constatations médicales qu'il ne présentait pas de douleurs avant l'événement du 27 mars 2014 et qu'il avait été déclaré apte au service après un examen médical, lors du recrutement. Toutefois, même en admettant, sur la base de ces objections, que les symptômes et l'atteinte à la santé se sont

manifestés pendant le service, au sens de l'art. 5 al. 1 LAM – ce qui est toutefois douteux compte tenu de l'intervention chirurgicale réalisée en 2009 –, l'intimée a apporté à satisfaction de droit la preuve que l'affection était, avec certitude, antérieure au service (art. 5 al. 2 let. a LAM).

bb) L'assurance militaire ne répond donc, dans ce contexte, que d'une éventuelle aggravation de l'atteinte causée par le service, à moins qu'elle n'apporte la preuve que cette aggravation n'a pas, avec certitude, été causée ni accélérée dans son cours par le service (art. 5 al. 2 let. b LAM). Si elle n'apporte pas cette preuve, la responsabilité de l'assurance militaire dure jusqu'à la disparition des effets résultant des influences nocives du service militaire (Christof Steger-Bruhin, *Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung*, thèse, Saint-Gall 1996, p. 252, note de bas de page 813). Le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (*statu quo sine*) (Steger-Bruhin, *op. cit.*, p. 254 ; Maeschi *op. cit.* n. 41 ad art. 5). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (Steger-Bruhin, *op. cit.*, p. 258 ; TF 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 5.2).

cc) En l'espèce, le Dr G._____ indique que l'événement du 27 mars 2014 n'a entraîné aucune lésion structurelle selon les documents médicaux à disposition. Le recourant fournit, toujours selon le Dr G._____, un descriptif de l'événement du 27 mars 2014 qui évoque un épisode aigu de subluxation ou de luxation avec réduction spontanée. Bien qu'il n'ait pas pu obtenir l'IRM réalisé le 28 mars 2014, ce médecin observe qu'à la lecture de cet IRM, le Dr P._____ n'a constaté ni épanchement important, ni contusion osseuse, ni lésion ligamentaire aiguë qui pourrait parler en faveur d'une atteinte structurelle d'origine traumatique, se surajoutant à la situation pathologique préexistante. Le Dr G._____ souligne que l'assuré se plaignait déjà plusieurs jours auparavant de douleurs du genou droit et qu'il présentait une chondrose marquée de la trochlée provoquée par le frottement du cal vicieux de la

fracture ostéochondrale traitée en 2009. Cette situation correspondait à une longue évolution qui ne pouvait être la conséquence de l'événement du 27 mars 2014, la rotule présentant déjà, de manière absolument certaine, un état de luxation chronique avant cet événement. Dans ces circonstances, il constate, de manière convaincante, un événement symptomatique de la situation préexistante sur surcharge physique pendant les jours précédant le 27 mars 2014 puis, à cette date, un épisode de luxation sans décompensation durable d'une situation déjà hautement pathologique. Le statu quo sine était donc atteint après quelques semaines, et très certainement lorsque l'intimée a mis fin à ses prestations, le 13 septembre 2014. Le Dr G._____ souligne enfin, toujours de manière convaincante, que tous les gestes chirurgicaux effectués le 15 septembre 2014 par le Dr P._____ avaient pour objet de corriger des anomalies antérieures à l'entrée en service et qui correspondaient, soit à des malformations survenues en cours de croissance, soit à de claires séquelles de la luxation traumatique pour laquelle le recourant avait été opéré en 2009. Bien qu'il ne le mentionne pas expressément, il est clair que le Dr G._____ pense également aux conséquences du cal vicieux résultant de cette intervention et aux conséquences de ce cal.

Partant, force est de constater que l'appréciation du Dr G._____ résulte d'une étude fouillée, menée sur la base de l'entier du dossier du recourant auprès de l'intimée. Ce médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a clairement et de manière convaincante expliqué sa position, après un exposé pertinent de la théorie médicale, et ses conclusions sont dûment motivées. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue à son rapport du 24 octobre 2016.

c/aa) Le recourant conteste l'appréciation du Dr G._____. Il souligne qu'un diagnostic de fracture du plateau tibial a été posé le 2 avril 2014, au X._____. Il ajoute que le Dr P._____ a, certes, indiqué une instabilité rotulienne avec luxation chronique, mais qu'il n'a posé ce diagnostic qu'en lien avec les consultations au X._____ postérieurement

au 27 mars 2014. Il ne pouvait aucunement se prononcer sur une luxation chronique antérieure à cet événement puisqu'il n'avait jamais vu l'intéressé auparavant et que ce diagnostic n'avait jamais été posé.

bb) Le Dr G._____ a exposé en détail pour quels motifs l'assuré présentait une luxation chronique de la rotule. Il a observé, en particulier, que cette luxation était causée par une atteinte de la trochlée qui s'est développée en cours de croissance. Par ailleurs, le diagnostic de fracture du plateau tibial n'a été posé qu'une seule fois, par la Dresse Z._____, après une consultation au service des urgences du X._____ le 2 avril 2014, sans aucune précision sur cette fracture. Par la suite, il n'a été confirmé dans aucun autre document médical. Pour sa part, le Dr P._____, décrivant dans son rapport du 6 juin 2014 l'IRM réalisée le 28 mars 2014 à l'hôpital de S._____, ainsi que les autres examens radiologiques réalisés au X._____, n'en fait aucune mention. Il indique, en revanche, que l'examen IRM du 28 mars 2014 confirme diverses atteintes qui ne concernent pas le plateau tibial, à savoir un cal vicieux entraîné par une réinsertion non-anatomique d'un fragment ostéochondral en juin 2009, une dysplasie trochléenne de type C, une majoration du TAGT, une diminution de l'antéversion fémorale et de l'exorotation tibiale, des chondropathies du cartilage de la trochlée fémorale à son versant externe, ainsi qu'un cartilage nettement hypoplasique sur le versant interne de la trochlée fémorale et une rotule présentant un aspect dysplasique. Toutes ces constatations confirment plutôt l'analyse effectuée par le Dr G._____, qui n'est par ailleurs contredite par aucun autre rapport médical au dossier. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr P._____ a clairement exprimé, dans son rapport du 6 juin 2014, que l'instabilité rotulienne était antérieure à l'entrée en service, puisqu'il a exposé qu'après l'intervention du 29 juin 2009, l'évolution postopératoire avait été marquée par une absence de douleur, mais également par la persistance d'une instabilité rotulienne avec luxation chronique de celle-ci sur son versant externe. Quand bien même il ne le dit pas expressément, le Dr P._____ pouvait poser cette constatation sans avoir vu l'assuré avant le mois de mai 2014, au vu de la dysplasie trochléenne constatée, du cal vicieux et de la

chondrose dégénérative présentée par l'intéressé, comme l'expose le Dr G._____.

cc) Partant, force est de constater qu'il ne ressort aucunement du dossier d'éventuels éléments médicaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr G._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, de sorte qu'il convient de se rallier à ces dernières. On doit ainsi admettre, sur la base de ses explications, que l'événement du 27 mars 2014 n'a entraîné qu'une aggravation provisoire de l'état du genou de l'assuré, sous la forme d'un épisode aigu de subluxation ou de luxation avec réduction spontanée, sans lésion structurelle. Un retour au statu quo sine vel ante est dès lors établi au plus tard le 13 septembre 2014.

d) Le recourant tire argument, enfin, du fait qu'il a été déclaré apte au service lors du recrutement, de sorte que la responsabilité de l'intimée serait engagée. Toutefois, si l'examen de l'aptitude au service vise à éviter qu'un conscrit se blesse en service en raison d'une atteinte à la santé préexistante ou que le service aggrave cette atteinte à la santé, il ne permet pas, pour autant, d'engager la responsabilité de l'intimée indépendamment des conditions posées par les art. 5 ss LAM, notamment après le rétablissement d'un statu quo ante vel sine. En l'espèce, comme on l'a vu, ces conditions ne sont plus remplies postérieurement au 13 septembre 2014, de sorte que l'intimée a mis fin à juste titre à ses prestations à cette date.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 10 novembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire, 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 :

- Me Flore Primault (pour le recourant)
- Me Christian Grossi (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :