

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 4, 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, travaillait en qualité d'Hardware Expert pour la société J._____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 mars 2016, l'assuré a été victime d'une chute à ski. Le jour même, l'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital S._____, à [...]. Le diagnostic de fracture de la grande tubérosité de l'humérus proximal gauche, non déplacée, a été posé après la réalisation de radiographies de l'humérus (Faxmed du 12 mars 2016 établi par les Drs I._____, médecin chef et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, M._____, chef de clinique, et N._____, médecin assistante). Par courrier du 18 mars 2016, la CNA a informé notamment l'assuré qu'elle prenait en charge le cas.

Le 23 mars 2016, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la fracture de l'humérus proximal gauche par une plaque ainsi que des ostéosutures de la petite et la grande tubérosité de l'épaule gauche (protocole opératoire du 23 mars 2016).

Aux termes d'un rapport médical du 5 août 2016, le Dr V._____ a précisé que l'évolution était favorable et que l'assuré avait repris le travail à 100 % dès le 1^{er} juillet 2016.

B. L'assuré a présenté des douleurs au genou à la reprise de son activité sportive au mois de juin 2016, ce qui l'a conduit à consulter à plusieurs reprises le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, dès le mois d'août 2016. Ce médecin a

préconisé la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM).

Dans un rapport du 3 janvier 2017 rédigé consécutivement à une IRM du genou droit, le Dr X._____, spécialiste en radiologie, a constaté une rupture méniscale complexe à large composante horizontale de la corne postérieure du ménisque médial du genou droit, associée à des kystes mucoïdes para-labraux dégénératifs millimétriques expliquant les symptômes du patient.

Dans un rapport du 26 janvier 2017 à l'attention du Dr L._____, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir examiné l'assuré le 25 janvier 2017 pour une déchirure du ménisque interne droit qui pourrait vraisemblablement remonter à l'accident de ski au cours duquel il s'était également fracturé l'humérus gauche. Cet accident avait eu lieu le 12 mars 2016 et, dès que l'assuré avait pu recommencer son activité sportive, en particulier la course à pied qu'il avait reprise au mois de juin 2016, les douleurs du compartiment interne du genou droit l'en avaient empêché. A l'examen clinique, l'assuré présentait une bonne récupération fonctionnelle au niveau de l'épaule gauche avec peu ou pas de douleur. S'agissant du genou droit, le praticien a constaté une douleur élective à la palpation de l'interligne interne avec un Mac Murray positif, une flexion limitée mais une extension complète ainsi que l'absence de laxité pathologique. Pour le praticien, le bilan IRM montrait une lésion méniscale avec des languettes sans lésion cartilagineuse associée et sans lésion ligamentaire. Le Dr H._____ a proposé à l'assuré une arthroscopie du genou.

Par déclaration de sinistre LAA du 27 janvier 2017, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 12 mars 2016, depuis le 26 août 2016, en raison de douleurs ressenties par l'assuré dans le genou droit.

Dans un rapport médical intermédiaire du 6 mars 2017 adressé à la CNA, le Dr L. _____ a fait état d'une rupture complète de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, dont l'évolution était défavorable. Un traitement conservateur était prescrit, n'engendrant pas d'arrêt de travail. La durée prévisible du traitement dépendrait de l'arthroscopie. Le Dr L. _____ a également mentionné un risque d'arthrose.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré à l'examen du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement. Dans une prise de position du 31 mars 2017, le Dr P. _____ a indiqué que les troubles du genou droit n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 12 mars 2016. Il a relevé qu'aucune notion d'atteinte du genou contemporaine à l'accident ne ressortait des rapports médicaux initiaux. L'IRM du genou démontrait une méniscopathie dégénérative indépendante de l'accident déclaré. Seules les suites de la fracture de l'humérus étaient à mettre en relation de causalité avec l'accident de ski du 12 mars 2016.

Par courrier du 20 avril 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle refusait d'allouer des prestations d'assurance pour les troubles du genou déclarés, en raison de l'absence de lien de causalité avec l'accident du 12 mars 2016. La CNA a toutefois admis de prendre en charge tous les frais consécutifs à l'atteinte de l'épaule gauche.

Par courrier du 2 mai 2017, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du courrier susmentionné. Il a en substance allégué, s'agissant de son accident de ski, que son ski droit était resté accroché tandis que son ski gauche s'était détaché sous l'effet du choc. L'assuré a précisé qu'après son accident de ski, il avait ressenti des douleurs dans tout le corps, dont une grande partie avait été masquée par la fracture de l'humérus. Toutes les douleurs s'étaient dissipées, à l'exception de celles au genou droit. Ces douleurs se sont révélées lors de ses premières sessions de course en juin 2016. Il a encore expliqué n'avoir

jamais eu de problème d'articulation, ni au genou ni ailleurs, avant son accident de ski, ceci malgré la pratique intensive de plusieurs sports tels que la course ou le ski.

Le 4 mai 2017, le Dr H._____ a réalisé une arthroscopie et méniscectomie interne partielle au genou droit pour une déchirure en anse de seau. Le jour même, le Dr V._____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à l'humérus gauche.

Dans un courrier du 15 mai 2017 à l'attention de la CNA, le Dr H._____ a attesté une évolution favorable de l'état de l'assuré qui avait pu marcher deux fois par jour durant 25 minutes au cours des deux derniers jours. Il n'avait pas prévu de revoir l'intéressé mais restait à sa disposition. Il a précisé que le patient présentait une déchirure du ménisque interne sans atteinte dégénérative qui constituait une atteinte assimilée à un accident.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré à l'appréciation de la Dre D._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement, qui a confirmé l'appréciation du Dr P._____ du 31 mars 2017, dans un avis du 29 mai 2017. Elle a ajouté que les lésions mises en évidence par l'IRM du 3 janvier 2017 étaient de nature dégénérative et expliquaient l'absence de douleurs ressenties lors de la chute du 12 mars 2016 au niveau du genou droit, car elles s'étaient manifestées par la suite.

Par décision du 13 juin 2017, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance en lien avec les troubles du genou déclarés et de prendre en charge les frais de l'arthroscopie. Selon la CNA, les troubles au genou ne présentaient aucun lien de causalité avec l'accident de ski. Ils ne constituaient pas non plus un nouvel événement assuré.

Le 3 juillet 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision qui précède, par l'intermédiaire de son conseil. Par courrier complémentaire du 3 août 2017, l'assuré a sollicité l'interpellation du Dr H._____, à défaut d'avis d'expert au dossier. Il a également relevé

que la Dre D._____ avait conclu à la présence de lésions dégénératives au vu de l'absence de douleurs ressenties au genou droit lors de l'accident de ski, alors qu'il avait fait état de douleurs généralisées dont certaines s'étaient manifestées avec plus d'intensité. En outre, ni la décision du 13 juin 2017 ni les médecins d'arrondissement de la CNA n'expliquaient comment une déchirure du ménisque pouvait être d'origine exclusivement dégénérative.

L'assuré a adressé à la CNA des déterminations du Dr H._____ du 5 septembre 2017, dans lesquelles il indiquait que l'assuré était un patient sportif, en bonne santé qui n'avait jamais présenté de problème à son genou droit avant son accident de ski du 12 mars 2016. L'assuré précisait qu'après la chute, son attention s'était portée sur son humérus qui était fracturé et qui avait nécessité un traitement chirurgical. Ce n'était que par la suite qu'il avait ressenti des douleurs au genou, probablement masquées jusque-là par la médication prise pour soulager ses douleurs au bras. Lors de l'arthroscopie du genou, aucune lésion cartilagineuse n'avait été trouvée. A son sens, il était donc probable à plus de 50 % que cette lésion soit d'origine accidentelle.

Dans une appréciation médicale du 24 novembre 2017, la Dre D._____ a indiqué que l'assuré avait chuté à ski sur le côté gauche, avait donc viré à gauche pour éviter d'autres skieurs ce qui avait induit une bascule du poids sur le genou gauche et non sur le genou droit. Il était ainsi peu probable que ce mécanisme de chute entraîne une entorse au genou droit. L'assuré n'avait jamais déclaré ressentir de douleur au niveau du genou droit et aucune investigation n'avait été réalisée avant janvier 2017. Les lésions mises en évidence par l'IRM du 3 janvier 2017 au niveau de la corne postérieure du ménisque médial et la présence de kystes mucoïdes étaient le signe d'atteintes dégénératives préexistantes à l'accident de mars 2016. Les douleurs seraient enfin apparues plus de trois mois après l'événement accidentel. Ces éléments permettaient d'exclure tout lien de causalité entre les troubles au genou droit et l'accident. La Dre D._____ a précisé que les suppositions du Dr H._____ eu égard au fait que les douleurs auraient été masquées par la médication n'étaient pas

adéquates au vu des constatations du Dr V._____ faisant état d'une évolution favorable s'agissant de l'épaule gauche.

Par décision sur opposition du 6 décembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 13 juin 2017, en se fondant sur les éléments médicaux au dossier et plus particulièrement sur l'appréciation médicale du 24 novembre 2017 de la Dre D._____.

C. Le 8 janvier 2018, R._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision susmentionnée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée continue à verser les prestations de l'assurance-accidents en lien avec la lésion du genou droit et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision. Il a relevé qu'aucune conséquence ne pouvait être tirée du temps écoulé entre l'accident et le constat de la gravité des douleurs au genou, au vu de l'absence d'effort physique jusqu'au mois de juin 2016 et de la prise d'une médication antalgique jusqu'à cette époque. L'appréciation de la Dre D._____ s'agissant de la nature dégénérative des troubles était peu compréhensible au regard de l'avis du Dr H._____, spécialiste en médecine orthopédique, qui a notamment indiqué que l'arthroscopie n'avait pas révélé de lésions dégénératives. L'avis du Dr H._____ était, selon le recourant, plus probant que celui du médecin d'arrondissement. Toutefois, en présence de doutes sur la pertinence des constatations médicales, il appartenait à la Cour de céans d'ordonner une expertise médicale.

Par réponse du 9 février 2018, l'intimée, représentée par son conseil, a conclu au rejet du recours. Elle a en effet considéré que l'appréciation médicale de la Dre D._____ avait été établie en pleine connaissance du dossier et se prononçait sur l'ensemble des points litigieux. Elle reposait en outre sur une discussion motivée et cohérente, ce qui lui octroyait une pleine valeur probante.

Par réplique du 27 février 2018, le recourant a réitéré ses conclusions, précisant qu'aucun des médecins d'arrondissement de la CNA intervenus dans le dossier n'était spécialiste en médecine orthopédique et n'avait ainsi la qualité pour se prononcer sur son cas. L'appréciation médicale du 24 novembre 2017 de la Dre D._____ était en outre postérieure au dernier rapport médical du Dr H._____ mais n'amenait aucun élément nouveau. Une expertise indépendante s'imposait.

Dupliquant le 22 mars 2018, l'intimée a maintenu ses conclusions.

D. Le 31 octobre 2018, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dont elle a confié la réalisation au Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef aux Etablissements hospitaliers C._____, et à la Dre Z._____, cheffe de clinique adjointe.

Dans un rapport du 3 avril 2019, les Drs W._____ et Z._____ ont conclu qu'il était « vraisemblable que la lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit du patient soit attribuée à son accident de ski du 12 mars 2016 ». Ils ont déclaré que le statu quo ante avait été atteint environ quatre mois après la prise en charge chirurgicale du genou droit, l'intéressé ayant pu reprendre ses activités sportives habituelles.

Les experts ont également réalisé des radiographies du genou droit (face, profil, schuss et axiale de rotule) ainsi que des membres inférieurs dans leur totalité. Ces radiographies du 13 décembre 2018 ont permis de constater que l'interligne articulaire, traduisant le capital cartilagineux, était conservée en fémoro-tibial interne, externe et en fémoro-patellaire. Il n'y avait pas de sclérose sous-chondrale, d'ostéophyte ou de géode, signes pouvant traduire une arthrose débutante. L'assuré ne présentait pas d'inégalité de longueur des membres inférieurs, mais un discret varus de 2° à gauche et de 3° à droite.

Dans ses déterminations du 22 mai 2019, l'assuré a constaté que le rapport d'expertise confirmait son point de vue et avait pleine valeur probante, de sorte que son recours devait être admis.

Dans ses déterminations du 20 juin 2019, la CNA a relevé que le dossier ne contenait aucune pièce relative à une tuméfaction ou un épanchement intra-articulaire du genou droit, que l'état antérieur du genou du recourant était inconnu et que l'intéressé pratiquait de manière régulière la course à pied, sport qui mettait fortement à contribution les genoux et qui pouvait entraîner des atteintes dégénératives méniscales.

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. c 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. Le litige porte sur le droit à des prestations en raison de l'atteinte méniscale, plus particulièrement la question de savoir si, selon la règle de la vraisemblance prépondérante, cette atteinte est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 mars 2016.

On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} 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. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et

l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'une chute à ski le 12 mars 2016. En janvier 2017, une rupture méniscale complexe à large composante horizontale de la corne postérieure du ménisque médial du genou droit, associée à des kystes mucoïdes para-labiaux dégénératifs millimétriques, a été diagnostiquée. Les points de vue des parties divergeant quant à la nature - dégénérative ou traumatique - de ces lésions, la juge instructrice de la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

b) Au terme d'un rapport d'expertise du 3 avril 2019, les Drs W._____ et Z._____ ont conclu à l'existence d'un lien de causalité entre les lésions au genou droit et l'accident du 12 mars 2016.

Les conclusions des Drs W._____ et Z._____ résultent d'une étude fouillée, menée sur la base d'examens complets du dossier et

en pleine connaissance de l'anamnèse. Ces médecins ont clairement et de manière convaincante expliqué leur position. Au terme d'un examen global, ils ont dûment motivé leurs conclusions. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport d'expertise.

En effet, les experts ont objectivé les raisons pour lesquelles l'assuré ne présentait vraisemblablement pas une lésion dégénérative au ménisque avant son accident de ski, nonobstant l'absence d'examens cliniques ou d'imagerie antérieurs. Ils ont ainsi relevé que le recourant ne présentait aucune plainte avant l'accident, que le type de lésion était compatible avec le mécanisme du traumatisme et que les examens paracliniques réalisés parlaient en défaveur d'une lésion préexistante.

En ce sens, les Drs W. _____ et Z. _____ ont détaillé les raisons pour lesquelles l'IRM du 3 janvier 2017 était compatible avec une lésion méniscale traumatique datant d'une année. Ainsi, l'assuré ne présentait pas de chondropathie associée, ce qui parlait en faveur d'une atteinte traumatique. Les experts ont précisé que, dans la littérature, jusqu'à 23 % de lésions méniscales sont retrouvées dans des genoux asymptomatiques ne présentant pas de chondropathie associée, ce taux augmentant à 82 % dans des genoux montrant des signes associés de chondropathie. Ceci démontrait qu'il était probable que l'assuré ne présentait pas de lésion préexistante (cf. ch. 1 et 2 du rapport d'expertise, p. 11). Les experts ont complété leur argumentation en indiquant qu'une lésion dégénérative est généralement associée à une atteinte au cartilage, inexistante en l'occurrence. L'assuré s'est en effet soumis à une radiographie en décembre 2018 qui a fait état d'un capital cartilagineux conservé sans signe traduisant une arthrose préexistante. Le Dr H. _____, qui a réalisé l'arthroscopie, confirme l'absence de lésion au niveau du cartilage interne. Par ailleurs, en présence de lésion dégénérative, la symptomatologie douloureuse aurait persisté après l'opération du genou, à la reprise de la course, ce qui n'a pas été le cas. L'assuré ne présente pas non plus de défaut d'axe des membres inférieurs, plus particulièrement de morphotype en varus marqué

susceptible d'induire des lésions dégénératives du ménisque (cf. rapport d'expertise, p. 9).

La CNA semble toutefois se fonder sur l'existence de kystes mucoïdes para-labiaux dégénératifs, révélés par l'IRM du 3 janvier 2017, pour retenir la nature dégénérative de la lésion méniscale. Or, les experts expliquent que ces kystes peuvent être vraisemblablement attribués à une lésion traumatique datant d'environ une année. La littérature n'exclut au demeurant pas qu'un traumatisme puisse être à l'origine de tels kystes (sites <https://www.em-consulte.com/en/article/119942> et <https://www.em-consulte.com/en/article/122747>, état au 30 janvier 2020). De surcroît, aucun rapport médical ne vient contredire l'analyse des experts.

c) Etant entendu que la lésion est vraisemblablement d'origine traumatique, reste à déterminer si elle est consécutive à l'accident de ski litigieux.

Sur ce point, les experts ont expliqué pourquoi le mécanisme de la chute peut avoir déclenché la déchirure du ménisque (cf. rapport d'expertise, pp. 6-7). En voulant éviter un snowboarder, l'assuré a effectué un virage forcé à gauche, a chuté sur l'hémi-corps gauche, perdant le ski gauche au contraire du ski droit, et s'est retrouvé allongé sur le côté gauche avec la jambe droite repliée sous son corps. Or, deux mécanismes sont connus pour causer une lésion de la corne postérieure du ménisque interne ; il s'agit de l'hyperflexion, provoquant des lésions verticales de type anse de seau, ou de la combinaison du mouvement de flexion, valgus et rotation externe qui peut provoquer des lésions internes puis postéro-internes pouvant aller jusqu'à la rupture du LCA [ligament croisé antérieur]. Selon les experts, ce dernier mécanisme semble le plus adéquat au vu du type de lésion subie. L'assuré, après avoir effectué un virage à gauche menant le genou gauche en flexion et valgus, a chuté avec son ski droit toujours attaché, ceci imprimant au genou une rotation externe. Le déroulement de la chute explique par conséquent comment,

malgré une chute du côté gauche, le genou droit de l'assuré a pu être affecté.

Les experts ont également précisé pourquoi le genou droit n'avait fait l'objet d'aucune investigation dans les suites immédiates de l'accident. Comme relevé dans le rapport d'expertise, les plaintes spontanées de l'assuré s'agissant de son bras expliquent l'examen ciblé sur le membre supérieur gauche réalisé à l'Hôpital S._____. Il n'est toutefois pas rare de découvrir secondairement d'autres lésions, dans un contexte de polytraumatisme (cf. rapport d'expertise, p. 7). L'assuré lui-même a indiqué qu'après son accident, tout son corps était endolori. Dans l'anamnèse, les experts ont également relevé que dans les jours qui ont suivi l'accident, l'assuré présentait des douleurs polyarticulaires, qu'il a banalisées. Puis, durant la convalescence consécutive à la chirurgie du bras gauche, l'entourage de l'intéressé avait noté une boiterie (cf. rapport d'expertise, p. 2). L'absence de plainte relative au genou s'explique dès lors par la priorité donnée par le corps médical à la prise en charge de la fracture de l'humérus, la prescription d'antalgiques immédiate et durant l'incapacité de travail ainsi que le repos forcé durant trois mois.

La CNA a contesté les conclusions des experts, relevant que le dossier ne contenait aucune pièce attestant d'une tuméfaction ou d'un épanchement intra-articulaire du genou droit qui peuvent être provoqués par une lésion méniscale fraîche. Il apparaît cependant qu'en cas de déchirure méniscale, le patient ressent une sensation de craquement mais est le plus souvent capable de reprendre la marche, avec ou sans boiterie, voire le sport pour certains sportifs. Le patient ressent une douleur qui survient parfois plusieurs heures après le phénomène déclenchant. Les douleurs se dissipent mais finissent toujours par revenir (sites <http://www.genou.eu/menisques/> et <https://www.chuv.ch/fr/otr/otr-home/patients-et-familles/specialites-et-pathologies/chirurgie-reconstructrice-du-genou/ce-que-nous-faisons/les-lesions-des-menisques/>, état au 30 janvier 2020). Il arrive donc que les lésions soient imperceptibles, ce qui explique l'absence de doléances immédiates de l'assuré qui prenait de surcroît des antalgiques. Les premières plaintes de

l'assuré s'agissant de son genou droit coïncident d'ailleurs avec son sevrage des antalgiques au début du mois de juin 2016, soit après une période de trois mois depuis son opération de l'épaule pour laquelle l'évolution était favorable.

d) Au stade de la vraisemblance prépondérante, les lésions au genou droit du recourant présentent un lien de causalité naturelle avec l'accident de ski du 12 mars 2016.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de la rechute annoncée le 27 janvier 2017.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. SVR 2013 IV n° 1 p. 1 [9C_13/2012] consid. 3; consid. 3 non publié aux ATF 139 V 225 de l'arrêt 8C_984/2012 du 6 juin 2013). Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque le tribunal cantonal des assurances constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même une expertise en œuvre (consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des

armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3 ; TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7).

En l'occurrence, l'intimée s'est contentée de l'avis de ses médecins d'arrondissement, lesquels ne disposaient pas d'une anamnèse détaillée. L'appréciation médicale du 24 novembre 2017 sur laquelle l'intimée s'est principalement fondée est en outre très succincte et peu objectivée. La CNA n'a au demeurant pas mené d'investigation sur le mécanisme de la chute. Elle a dès lors fait preuve de manquements dans le cadre de son instruction. L'expertise judiciaire a permis de pallier à cette lacune. Dans ces conditions, la totalité des frais d'expertise y compris les frais de radiographie réalisée à titre d'investigations complémentaires, soit un montant de 4'475 fr. (4'308 fr. + 167 fr.), doit par conséquent être mise à la charge de la CNA.

d) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 6 décembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que celle-ci doit prendre en charge les suites de la rechute de l'accident du 12 mars 2016, annoncée le 27 janvier 2017.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. Les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de 4'475 fr. (quatre mille quatre cent septante-cinq francs) sont mis à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

- V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à R. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour R. _____),
- Me Antoine Schöni (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),

- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :