

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Métral et Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Trachsel

* * * * *

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à Nyon,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), à Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assuré), né en 1967, était employé en qualité de maçon par l'entreprise A._____SA, et exerçait également une activité de nettoyeur auprès d'E._____. 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 (SUVA) (ci-après: la caisse).

Selon la déclaration de sinistre LAA du 2 avril 2008, le 28 mars 2008, alors qu'il était occupé à nettoyer dans le cadre de son travail, l'assuré a glissé sur le sol humide et est tombé, se blessant au genou droit. Le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant a fourni des certificats d'incapacité de travail attestant une incapacité de travail de 100 %, dès cette date. La caisse a pris le cas en charge.

Dans un rapport d'IRM du genou droit du 20 mai 2008, le Dr X._____, radiologue FMH, a conclu qu'il existait une possible déchirure partielle de la corne postérieure du ménisque interne, l'IRM du genou étant par ailleurs normale.

Le 4 juin 2008, l'assuré s'est rendu auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), où il a rencontré le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport médical du 11 juin 2008 adressé au Dr C._____, ce médecin a posé les diagnostics de contusion du genou droit, de gonarthrose débutante varisante, de déchirure intra-méniscale de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, de status après fracture du poignet droit opéré en 2006 à la Clinique [...] et de surcharge pondérale. Il relevait notamment que vu l'état actuel de l'assuré, il n'y avait certainement pas d'indication à intervenir d'une façon chirurgicale. Il proposait un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) pour une rééducation

intensive et une évaluation de ses capacités de travail. En attendant, il lui a prescrit des séances de physiothérapie et une attelle articulée valgissante à porter pendant 6 à 8 semaines pendant la journée.

Dans son rapport médical intermédiaire du 7 juillet 2008, le Dr C._____ a relevé l'existence d'une entorse du genou droit avec persistance des douleurs.

L'assuré a été hospitalisé à la CRR du 13 août au 9 septembre 2008. Dans un rapport médical du 19 septembre 2008, les Drs J._____, médecin associé, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et V._____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1), et les diagnostics secondaires de douleurs des compartiments antérieurs et externes du genou droit (M 25.56), de dysfonction de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, d'arthrose fémoro-tibiale interne débutante (M 17.9), d'entorse du genou droit en valgus le 28 mars 2008 (T 93.3), de douleurs du poignet droit (M 25.5), d'entorse du poignet droit avec déchirure oblique du TFCC et distorsion du ligament scapho-lunaire droit le 6 septembre 2006 (T 92.3), d'arthrose radio-carpienne droite (M 19.83), d'arthroscopie radio-carpienne et débridement du disque triangulaire droit le 12 janvier 2007 (Z 98.8) et d'ostéotomie de raccourcissement ulnaire en raison d'un cubitus longus droit le 23 février 2007 (Z 98.8). Ces médecins retenaient en outre ce qui suit:

"En résumé, M. L._____ nous est adressé pour un complément de rééducation dans le cadre de gonalgies droites persistantes. Les douleurs sont d'origine plurifactorielles, en relation avec des signes dégénératifs débutants sur les compartiments fémoro-tibiaux internes ddc, un syndrome fémoro-patellaire persistant en relation avec un manque de force du quadriceps et une dysfonction de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Le port de l'attelle de valgisation a diminué les douleurs du compartiment interne. Une ostéotomie de valgisation semble toutefois prématurée. Nous avons tenté de rassurer le patient quant à l'absence de gravité des troubles présentés au genou droit et quant à l'absence d'indication chirurgicale actuellement. On peut s'attendre à une diminution des douleurs parallèlement au renforcement musculaire que le patient doit poursuivre. Cependant, on observe que des facteurs non médicaux tels que la focalisation sur la douleur, les autolimitations

constatées, pourraient représenter un frein à la rééducation et à la réinsertion.

Sur le plan professionnel, M. L. _____ se dit prêt à reprendre son activité de nettoyage avec une pleine capacité et son activité de machiniste à 50%. Les mesures de reclassement professionnel dans cette activité n'ayant pas été menées à terme et le patient semblant néanmoins motivé à poursuivre dans cette activité, nous n'avons pas évalué d'autre poste professionnel. Dans cette activité, l'atteinte du genou ne devrait pas représenter un facteur davantage limitant que l'atteinte constatée au poignet, le patient n'étant en principe pas appelé à réaliser des travaux à genou ou accroupi. D'entente avec le patient, l'incapacité de travail est totale jusqu'au 14.09.08, une pleine capacité de travail étant reconnue dès le 15.09.08 dans son activité de nettoyage et une capacité de travail de 50% étant reconnue dès le 15.09.08 dans l'activité de machiniste."

Le 24 octobre 2008, l'assuré a été examiné par le Dr G. _____, chirurgien et médecin d'arrondissement auprès de la caisse. Dans son rapport du même jour, ce dernier a fait les observations suivantes s'agissant du genou droit de l'assuré :

"La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est bien réalisée. L'appui monopodal alterné est soutenu. L'accroupissement n'est pas profond.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs. On note un morphotype en varus avec une DIC de 2 travers de doigt. On relève une amyotrophie assez marquée de la cuisse droite.

En décubitus dorsal, le genou droit s'étend complètement. Il est un peu délicat, sensible à la palpation. Il présente une lame d'épanchement. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autres signes réactifs locaux. La mobilisation s'effectue librement. La flexion est complète.

Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets.

Il n'y a pas de laxité pathologique.

Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne force."

Sous la rubrique "appréciation" de son rapport médical, le Dr G. _____ a en outre noté ce qui suit:

"[...] Actuellement, le patient se plaint du genou droit, notamment à la descente. Il souffre aussi du poignet droit.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient obèse, anxieux et pusillanime, qui a tendance à s'autolimiter.

Objectivement, le genou droit est un peu délicat, sensible à la palpation. Il présente une lame d'épanchement. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La mobilité est complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne force. Le poignet droit est nettement élargi mais il est bien aligné. Il est calme et il se laisse librement mobiliser. Il a une bonne mobilité avec une pronosupination complète. La force de serrage de la main droite est modérément réduite.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a pas grand-chose à proposer.

S'il est vrai que l'activité de machiniste n'est pas idéalement adaptée à l'état de santé du patient, on a l'impression que celui-ci aura bien du mal à se réinsérer professionnellement, quelque soit le travail qu'on lui propose.

On a aussi l'impression que l'accident du 28.3.08, une simple contusion, n'a fait que décompenser un état antérieur préexistant et, à 7 mois du traumatisme, le statu quo sine est certainement atteint.

La Suva devrait donc clore le cas pour ce qui la concerne.

Les séquelles de l'accident du 6.9.06 sont modestes.

Elles sont tout à fait compatibles avec une activité légère, de type industriel, que le patient pourrait parfaitement exercer en plein."

L'assuré a été examiné le 5 janvier 2009 par le Dr Z. _____.

Dans son rapport médical du 9 janvier 2009, ce médecin a rendu compte d'une gonarthrose interne varisante débutante droite, d'un status après entorse du genou droit, de douleurs fémoro-patellaire droite, d'une lésion intra-méniscale interne droite et d'une surcharge pondérale. Il a en outre notamment relevé ce qui suit :

"Examen clinique:

Marche avec une légère boiterie d'épargne à droite. Ce jour pas d'épanchement. Signes rotuliens positifs sans rétraction exagérée des chaînes musculaires. Mobilité du genou 0-0-130° douloureuse en fin de course surtout au niveau rotulien. Douleur également à la palpation profonde du compartiment interne sans que les signes méniscaux soient positifs. Le genou est stable dans les deux plans. Lachmann négatif. LCP sp. Absence de troubles neurovasculaires. Mobilité des hanches libres.

Discussion:

Suite à son accident le patient présente des douleurs globales de son genou D en présence de signes d'arthrose débutante à prédominance fémoro-tibiale interne. Je n'ai pas trouvé de lésion

cartilagineuse au niveau fémoro-patellaire sur l'IRM, mais cliniquement les douleurs proviennent surtout de cette région. La lésion méniscale ne présente pas d'indication chirurgicale et on risque plutôt à mon avis d'aggraver les douleurs par une intervention chirurgicale. On peut discuter d'un diagnostic par scintigraphie à la recherche d'une maladie de Sudeck. Le traitement par Miacalcic n'a pas contre pas amélioré la situation."

Dans son rapport de suivi et détermination d'objectifs du 9 janvier 2009, le case manager de la caisse a indiqué que le Dr Z. _____ avait constaté une arthrose légère et "*estimerait que les troubles qui font souffrir L. _____, actuellement, sont encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008.*"

Selon le rapport de suivi et détermination d'objectifs du 12 février 2009, le case manager de la caisse a expliqué à l'assuré que cette dernière allait devoir mettre un terme à ses prestations s'agissant du dossier relatif à son accident professionnel du 28 mars 2008, au motif que les renseignements contenus dans le rapport du Dr Z. _____ ne modifiaient pas l'appréciation de son médecin d'arrondissement qui estimait que les troubles actuels du genou gauche n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec le sinistre.

Dans le rapport de suivi et détermination d'objectifs du 24 mars 2009, le case manager de la caisse a relevé ce qui suit:

"Ces dernières semaines, mon interlocuteur a constaté une sensible amélioration de ses troubles du genou droit. Ce dernier ne présente plus d'épanchement et le fait moins souffrir, à l'effort. [...]"

Par décision du 30 mars 2009, la caisse a mis un terme au versement de ses prestations au 31 mars 2009, en expliquant que sur la base des constatations faites lors de l'examen médical du 24 octobre 2008 et des renseignements médicaux en sa possession, son médecin d'arrondissement estimait que les troubles dont l'assuré souffrait encore à son genou droit n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 28 mars 2008.

Le 15 mai 2009, l'assuré, par le biais de son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision.

Le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a adressé au médecin-conseil de la caisse un rapport médical du 23 juillet 2009, dans lequel il rendait compte d'une lésion complexe de la corne antérieure du ménisque interne gauche, exposant que son patient avait fait une entorse de son genou gauche le 13 juin 2009. Pour ce qui concernait le genou droit, ce praticien notait que son patient présentait un status après entorse de ce genou avec gonarthrose interne varisante débutante à droite, une lésion intra-méniscale interne droite et des douleurs fémoro-patellaires droites. L'évolution au niveau du genou droit était plutôt favorable. Le patient n'avait plus de douleur mais parfois des sensations désagréables. Il n'y avait pas de notion d'épanchement articulaire. Quant au status de ce genou, le Dr K._____ relevait ce qui suit:

"Le genou est sec et stable. Mobilité 140-0-0°. LLI et LLE normaux. Crépitations au niveau fémoro-patellaire indolores avec un signe de Zohlen négatif. Lachman négatif."

Le Dr K._____ observait encore que selon le patient, il persistait la question asséurologique, soit le point de savoir si, au niveau de son genou droit, il était question de lésions traumatiques ou dégénératives. Ce médecin indiquait à cet égard qu'il lui était difficile de se prononcer, étant donné qu'il n'avait pas suivi le patient à cette époque, relevant qu'avec les données au dossier, on pouvait quand même clairement définir le point de départ des douleurs liées à l'accident, le fait que le genou ait très bien récupéré ce jour parlant en faveur d'une lésion traumatique.

Selon le rapport de suivi et détermination d'objectifs du 23 septembre 2009, l'assuré n'émettait aucune plainte concernant le poignet et le genou droits et estimait la situation satisfaisante. Il confirmait au case manager que sans l'événement du 13 juin 2009, il aurait repris sa

formation de machiniste le 1^{er} juillet 2009. Il était encore précisé ce qui suit dans ce rapport :

«Au sujet de la procédure d'opposition en cours, suite à notre décision de fin de prestations du 30.3.2009, dans le cas de l'accident du 28.3.2008 (1.22714.08.0), notre assuré ne serait pas opposé à ce que nous n'allions pas plus loin dans la procédure. Il peut tout à fait accepter que nous laissions cette affaire en l'état et reprendrions l'examen de notre responsabilité en cas de rechute.»

Par décision sur opposition du 26 octobre 2010, la caisse a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 30 septembre 2009.

B. Par acte de son mandataire du 25 novembre 2010, L. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance accidents (indemnités journalières et frais de traitement) dès le 1^{er} avril 2009, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle expertise. Après avoir rappelé que l'objet de son recours portait uniquement sur son genou droit, il explique que les diagnostics posés par le Dr Z. _____ le 11 juin 2008 et par le Dr K. _____ le 23 juillet 2009 plaident en faveur d'un événement traumatique et que, dès lors, seule demeure la question de savoir à quelle date il convient de mettre fin aux prestations de l'assurance accidents. A cet égard, il relève que le diagnostic posé le 23 juillet 2009 par le Dr K. _____ est très proche de celui posé le 11 juin 2008 par le Dr Z. _____, ce qui, selon lui, confirme que les symptômes ont perduré au-delà du 31 mars 2009, et à tout le moins jusqu'au diagnostic posé par le Dr K. _____. Il se prévaut en outre du fait qu'à la suite de l'examen du 5 janvier 2009, le Dr Z. _____ a déclaré au case manager de la caisse que *"les troubles qui font souffrir M. L. _____, actuellement, sont encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008"*. Il se réfère à titre subsidiaire à l'ATF 135 V 465, et requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et à défaut le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 21 janvier 2011, la caisse conclut au rejet du recours, expliquant que le Dr Z._____ n'a pas prétendu dans son rapport du 9 janvier 2009 que les troubles affectant l'assuré au-delà du 31 mars 2009 étaient encore en relation de causalité avec l'accident et que le Dr K._____ indiquait dans son rapport du 23 juillet 2009 qu'il lui était difficile de se prononcer dès lors qu'il n'avait pas suivi lui-même le recourant au moment de l'accident. La caisse relève encore que le Dr K._____ est le médecin traitant du recourant. Elle produit un rapport du Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 5 janvier 2011, et explique qu'il y a lieu de se distancer de l'appréciation du Dr K._____, pour privilégier celles des Drs G._____ et R._____. Elle expose enfin qu'une expertise judiciaire ne se justifie pas.

Par réplique du 11 février 2011, le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, se plaint du fait que l'expertise du Dr R._____, en langue allemande, n'a pas été traduite. Il fait encore valoir qu'il y a lieu de douter de l'objectivité du rapport du Dr G._____, médecin-conseil de la caisse, et maintient sa requête d'expertise judiciaire, respectivement sa requête tendant au renvoi de la cause pour expertise au sens de l'art. 44 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1). Il se prévaut encore du fait qu'il ressort de la pièce n° 59 du dossier de l'intimée que le Dr Z._____ a déclaré au case manager de la caisse que "*les troubles qui font souffrir M. L._____, actuellement, sont encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008*". Il se réfère par ailleurs au rapport du Dr K._____ du 23 juillet 2009 et sollicite l'audition des Drs K._____ et [...].

Dans sa duplique du 6 avril 2011, la caisse note que le recourant ne fait valoir aucun élément nouveau. Elle produit pour le surplus une traduction du rapport du 5 janvier 2011 du Dr R._____, lequel conclut en ces termes:

"L'analyse des faits nous permet d'affirmer ce qui suit: la chute du 28.03.2008 ou plus exactement une blessure consécutive éventuellement à cet événement n'ont plus été à l'origine des

troubles de l'assuré après la date de l'examen médical d'arrondissement effectué par le Dr G._____. C'est avec raison que la Suva a établi – par le biais d'une décision – que le status quo sine avait été atteint."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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, formé le 25 novembre 2010 contre la décision sur opposition du 26 octobre 2010, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) 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; 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 c. 2c).

2. Le litige porte sur le point de savoir si la caisse était fondée, par sa décision sur opposition du 26 octobre 2010, à mettre un terme à ses prestations d'assurance au 31 mars 2009 pour ce qui est des suites de l'événement du 28 mars 2008.

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. 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 (art. 4 LPGa).

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 24 juin 2008, des prestations pour l'événement dont le recourant a été victime suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 98 c. 3d; 123 V 137 c. 3c; 122 V 416 c. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle 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 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 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible,

mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 c. 3.1 p. 181, 402 c. 4.3.1 ; 119 V 335 c. 1 ; 118 V 286 c. 1b et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 c. 2.2). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 c. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 s., c. 3b). 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_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 2.2).

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 c. 3.2 ; 129 V 402 c. 2.2 ; 125 V 456 c. 5a et les références).

b) D'après l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, 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 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF U_149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3, U_99 du 14 mars 2000).

3. Le recourant reproche à la caisse de s'être fondée sur l'avis médical du Dr G._____ du 24 octobre 2008. Il se prévaut de l'affirmation ressortant du rapport de suivi et de déterminations d'objectifs du 9 janvier 2009 du case manager de la caisse selon laquelle le Dr Z._____ aurait déclaré que les troubles le faisant souffrir actuellement étaient encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008, et déplore que la caisse n'ait pas cherché à obtenir des informations supplémentaires auprès de ce médecin dès lors qu'il ne se prononçait pas sur la causalité dans son rapport du 9 janvier 2009. Il fait valoir en outre que le rapport du 23 juillet 2009 du Dr K._____, plus particulièrement que le diagnostic posé par ce praticien, est très proche de celui mis en évidence le 11 juin 2008 par le Dr Z._____ et que, partant, cela permet de confirmer que les symptômes [de l'événement du 28 mars 2008] ont perduré au-delà du 31 mars 2009. Il se plaint enfin de l'absence de traduction du rapport du Dr R._____ du 5 janvier 2011 et du manque d'objectivité du Dr G._____. Il se fonde enfin sur l'ATF 135 V 465 et requiert la mise en œuvre d'une expertise.

4. a) En l'espèce, dans son rapport d'IRM du genou droit du 20 mai 2008, le Dr X._____ conclut à une possible déchirure partielle de la corne postérieure du ménisque interne, l'IRM étant normale pour le surplus. Le 11 juin 2008, le Dr Z._____ diagnostique notamment une contusion du genou droit et propose un séjour à la CRR. Le 7 juillet 2008, le médecin traitant du recourant diagnostique une entorse de ce genou, diagnostic confirmé par les Drs J._____ et V._____ de la CRR dans leur rapport médical du 19 septembre 2008. Ces derniers notent qu'ils ont tenté de rassurer le recourant quant à l'absence de gravité des troubles présentés au genou droit, relevant qu'une diminution des douleurs peut

être attendue parallèlement au renforcement musculaire qu'il doit suivre. Ces praticiens mentionnent en outre des facteurs non médicaux, tels que la focalisation sur la douleur et des autolimitations. Dès le 15 septembre 2008, ils reconnaissent une pleine capacité de travail au recourant dans son activité de nettoyage. En outre, le recourant a encore été examiné le 24 octobre 2008 par le Dr G._____. Ce dernier relève certes que le genou droit est un peu délicat et sensible à la palpation, mais estime que le *statu quo sine* est certainement atteint à sept mois du traumatisme, le Dr G._____ ayant l'impression que l'accident du 28 mars 2008, une simple contusion, n'a fait que décompenser un état antérieur préexistant.

Il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions du Dr G._____, dont le rapport s'appuie sur une observation clinique attentive de l'intéressé et des éléments d'imagerie médicale. Il décrit en outre les plaintes de l'assuré. Ses conclusions sont claires et motivées et ne sont pas contredites par le rapport médical du Dr Z._____ du 9 janvier 2009 ou celui du Dr K._____ du 23 juillet 2009. Ce dernier affirme du reste qu'il est difficile de se prononcer sur l'origine traumatique ou dégénérative des lésions du recourant, dès lors qu'il n'a pas suivi le patient à l'époque. Quant à la critique du manque d'objectivité du rapport du Dr G._____, médecin d'arrondissement auprès de la caisse, il a été admis que le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la caisse 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (voir notamment ATFA U 86/00 du 21 mars 2001 c. 2b). Or en l'occurrence, le recourant ne met en cause l'objectivité du rapport du Dr G._____ que parce que ce dernier est médecin d'arrondissement auprès de la caisse. Ce moyen est donc infondé.

b) Cela étant, à l'occasion de son examen du 5 janvier 2009, le Dr Z. _____ n'a pas constaté d'épanchement, relevant des douleurs au genou droit en présence de signes d'arthrose débutante à prédominance fémoro-tibiale interne. Le 23 juillet 2009, le Dr K. _____ observe que l'évolution est plutôt favorable et que le patient n'a plus de douleurs.

Il n'est pas relevant que le case manager de la caisse ait noté dans son rapport de suivi et de déterminations d'objectifs du 9 janvier 2009 que le Dr Z. _____ "*estimerait que les troubles qui font souffrir L. _____, actuellement, sont encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008*". Si cette déclaration ressort du rapport de suivi précité, elle n'est pas corroborée par le Dr Z. _____ dans son rapport médical du 9 janvier 2009, lequel ne mentionne pas que les troubles dont se plaint le recourant au-delà du 31 mars 2009 sont encore en relation de causalité avec l'événement du 28 mars 2008. Il ne peut à cet égard être fait grief à la caisse de ne pas avoir à nouveau interpellé ce médecin sur la question de la causalité à la suite de son rapport médical du 9 janvier 2009. Ce rapport ne comporte en effet pas de contradiction avec celui, clair et bien motivé, du Dr G. _____ du 24 octobre 2008.

Il y a encore lieu de constater que les diagnostics posés le 11 juin 2008 par le Dr Z. _____ (contusion du genou droit, gonarthrose débutante varisante, déchirure intra-méniscale de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, status après fracture du poignet droit opéré en 2006 à la Clinique [...] et surcharge pondérale) et le 23 juillet 2009 par le Dr K. _____ (status après entorse du genou droit avec gonarthrose interne varisante débutante à droite, lésion intra-méniscale interne droite et douleurs fémoro-patellaires droites) ne permettent pas de retenir, comme le soutient le recourant, que ses troubles ont perduré au-delà du 31 mars 2009. Au contraire, le Dr K. _____ note une évolution plutôt favorable du genou droit et même une absence de douleurs du patient. Il n'y a par ailleurs plus d'épanchement articulaire, ce que confirmait du reste déjà le Dr Z. _____ dans son rapport médical du 9 janvier 2009, alors que le Dr G. _____ relevait encore une lame

d'épanchement à l'occasion de son examen du 24 octobre 2008. A cela s'ajoute que l'assuré lui-même a déclaré le 24 mars 2009 au case manager de la caisse qu'il avait constaté dans les semaines précédentes une sensible amélioration de son genou droit, qui ne présentait plus d'épanchement et le faisait moins souffrir (voir rapport de suivi et de détermination d'objectifs du 24 mars 2009). Enfin, selon le rapport de suivi et détermination d'objectifs du 23 septembre 2009, le recourant n'émet aucune plainte concernant le genou droit et estime la situation satisfaisante.

c) Le recourant reproche encore l'absence de traduction en langue française du rapport du DR. _____ du 5 janvier 2011. Dans la mesure où une telle traduction a été produite par la caisse en cours de procédure, ce grief est sans objet.

d) En dernier lieu, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise, en se fondant sur l'ATF 135 V 465, selon lequel lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

In casu, comme on l'a vu, les rapports des Drs Z. _____ et K. _____ ne s'inscrivent pas en contradiction avec l'appréciation du Dr G. _____, les conclusions de ces médecins permettant au contraire de constater l'évolution favorable du genou droit du recourant, laquelle se traduit notamment par une absence de douleurs (voir rapport médical du 23 juillet 2009 du Dr K. _____ et rapport de suivi et de détermination d'objectifs de la caisse du 24 mars 2009) et d'épanchement (voir rapport médical du 23 juillet 2009 du Dr K. _____ et du 9 janvier 2009 du Dr Z. _____).

e) Ainsi, il convient de constater que les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose (appréciation anticipée des preuves, ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à l'audition des Drs K._____ et Z._____, respectivement à la requête d'expertise.

f) Vu ce qui précède, la caisse était fondée, par sa décision sur opposition du 26 octobre 2010, à supprimer le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} avril 2009 en ce qui concerne l'événement du 28 mars 2008.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 octobre 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Fortuna, Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA (pour L. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA),
- 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 :