

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 janvier 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
MM. Gerber, juge suppléant et Perdrix, juge assesseur  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par DAS Protection juridique SA, à Etoy,

et

**W.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCES-ACCIDENTS SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA ; art. 44 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_, né en 1991, (ci-après : l'assuré ou le recourant) était employé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 comme assistant de direction auprès du M.\_\_\_\_\_, à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA (ci-après : l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles.

Le 24 juin 2013, lors d'un service dans le pub, l'assuré s'est encoulé sur le rebord d'une marche et est tombé sur le côté droit de la jambe. Selon la déclaration de sinistre du 5 juillet 2013, l'intéressé s'est blessé au coccyx et au genou droit. Dans un formulaire à l'adresse de W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA signé le 15 juillet 2013, l'assuré a précisé que les problèmes de santé s'étaient manifestés trois jours après l'événement et qu'il avait ensuite été incapable de travailler, car il avait des fourmillements dès qu'il se tenait debout.

L'assuré a consulté le 5 juillet 2013 le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin praticien. Dans son rapport du 31 juillet 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une déchirure du ménisque du genou droit et une contusion du labrum consécutives à une « chute en trottinette » et ordonné un traitement aux anti-inflammatoires et de la physiothérapie.

L'assuré, en incapacité totale de travail depuis le 5 juillet 2013, a ensuite repris le travail à 20 % depuis octobre 2013 en n'accomplissant que des tâches administratives.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit réalisée le 16 août 2013 a mis en évidence une lésion de grade I à II de la corne postérieure du ménisque médial.

Dans une détermination du 2 septembre 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de

l'appareil locomoteur et médecin-conseil de W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA a estimé que la lésion de grade I à II de la corne postérieure du ménisque médial était une lésion mécanique et non pas traumatique, précisant que ce type de lésion se développait par les activités courantes de la vie (marcher, courir, etc.), qu'elle était superficielle (genre d'égratignure) et qu'elle ne nécessitait pas de traitement, ni d'arrêt de travail. Il en déduisait que la chute du 24 juin 2013 avait pu, tout au plus, entraîner des probables simples contusions et que ni le traitement médical (conservateur ou éventuelle arthroscopie), ni l'incapacité de travail ne se justifiaient dans le cas d'espèce.

**B.** Le 4 septembre 2013, W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA , se fondant sur l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance LAA (indemnité journalière, frais médicaux, etc.) à partir du 6 septembre 2013

A la demande de W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 21 octobre 2013 pour un deuxième avis médical. Dans son rapport, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressé avait déclaré avoir eu dès le surlendemain de l'accident un début progressif de gonalgies droites, essentiellement postérieures, plutôt sous forme de brûlures ou de fourmillements, s'étendant sur le demi-mollet avec des fessalgies droites, précisant que des pseudo-lâchages du genou droit avaient eu lieu par la suite. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a également relevé que lors de l'examen, les gonalgies droites supra-patellaires perduraient, surtout au niveau du creux poplité, toujours accompagnées de dysesthésies régionales et que les pseudo-lâchages du genou droit continuaient aussi. Le rapport exposait en outre les appréciations suivantes :

« Le bilan radiologique n'a pas montré de lésion traumatique intéressant le genou droit. Tout au plus a-t-on mis en évidence une méniscopathie postéro-interne modérée, sans lésion de surface, pathologie finalement banale chez un sportif invétéré, même jeune, mettant à forte contribution ses genoux.

Il n'y a pour ainsi dire pas eu de traitement, hormis des AINS, et une séance de physiothérapie. Pourtant, le patient continue à se plaindre et fait surtout valoir une IT durable et conséquente (désormais de 3 mois et 1/2).

Le tableau objectif est quant à lui très rassurant. L'examen du jour ne révèle aucune limitation fonctionnelle du genou. Le genou est stable. Il n'y a pas de phénomène irritatif (épanchement). Les tests méniscaux sont clairement négatifs. On relève tout au plus une possible irritation de la patte d'oie, qui pourrait traduire un phénomène de surcharge, mais qui ne peut expliquer les symptômes allégués.

Plus globalement, on ne détecte pas de déficit vasculaire périphérique du membre inférieur, ni de signe parlant en faveur d'une radiculopathie irritative/déficitaire. Enfin, la trophicité musculaire préservée témoigne d'une absence d'épargne significative du membre inférieur!

En d'autres termes, il existe manifestement une très nette discordance entre les plaintes, paraissant assez florides, finalement peu spécifiques, et ce tableau objectif rassurant. Plus encore, rien dans ce cursus ne permet de retenir un quelconque lien de causalité entre les plaintes actuelles et l'événement qui nous concerne.

Partant de cet élément, il faut aussi préciser qu'un lien causal entre ledit événement et une symptomatologie fruste, qui ne s'est pas modifié en cours de route, sans explication anatomo-pathologique claire (une contusion du genou aurait provoqué des douleurs immédiates, idem en cas de déchirure méniscale), symptomatologie apparue à distance (48h après la chute), paraît hautement, voire très hautement, improbable.

Un raisonnement similaire peut être utilisé pour l'appréciation des fessalgies, puisqu'elles sont aussi apparues à distance du traumatisme, et aucune anomalie susceptible d'être rapportée à la chute (fracture, déchirure musculaire, neuropathie post-contusive) ne peut être objectivée ».

Par courrier du 30 octobre 2013, W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA a confirmé la cessation des prestations d'assurance-accidents dès le 6 septembre 2013, à la suite duquel l'assuré a requis, le 25 novembre 2013, une décision formelle.

Par décision formelle du 9 décembre 2013, W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA a confirmé qu'elle mettait un terme à la prise en charge des prestations de l'assurance-accidents à partir du 6 septembre 2013 au motif que le lien de causalité entre les éventuels problèmes de santé persistants et l'événement du 24 juin 2013 n'était pas établi.

Le 8 janvier 2014, l'assuré, représenté par DAS Protection juridique SA, a formé opposition contre la décision du 9 décembre 2013. Le 22 décembre 2014, le représentant de l'assuré a complété cette opposition et communiqué un rapport médical établi le 28 octobre 2014 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon ce médecin, l'assuré présentait une lésion d'un nerf sensitif latéral issu du nerf sciatique, spécifiant qu'il s'agissait de douleurs neurogènes sur lésion du nerf latéral rétinaculaire du genou droit. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il pensait initialement qu'il s'agissait d'une branche infra-patellaire du nerf saphène interne supérieur, puis plus probablement d'une branche sensitive issue du nerf sciatique et partant de postérieure à antérieure. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a en outre relevé avoir procédé à une infiltration de cortisone de la zone gâchette du nerf qui a soulagé l'assuré à plus 90 %. Il laissait au Dr J.\_\_\_\_\_ le soin d'instaurer un traitement d'ergothérapie de désensibilisation auprès d'un thérapeute spécialisé dans ce domaine.

Selon un rapport du 19 décembre 2014, l'assuré a été examiné le 9 décembre 2014 au Centre [...] de la Clinique V.\_\_\_\_\_. Les Drs H.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie, ont diagnostiqué des névralgies sensitives du genou droit sur neuropathie du nerf cutané latéral de la jambe. Leur rapport contenait notamment ce qui suit :

« Interprétation des questionnaires :

Votre patient présente une douleur modérée à très sévère d'allure neuropathique. Celle-ci entraîne une incapacité tout au plus légère.

Caractéristique de la douleur :

La douleur se situe au niveau de la face latérale du genou droit et irradie postérieurement. Ces douleurs ont débuté suite à une chute à son travail en juin 2013. Le patient est alors tombé complètement sur tout son côté. Les douleurs sont apparues à la suite de cet accident. Le patient a eu une infiltration intra articulaire du genou droit qui l'a soulagé pendant 3 mois. Les douleurs se manifestent sous forme de paroxysme pouvant atteindre jusqu'à 9/10. Le patient peut être sans douleur pendant de longues périodes mais les épisodes douloureux arrivent en général une fois chaque 1 ou 2 jours. La douleur se présente sous forme de brûlure et de décharges électriques. Les épisodes douloureux peuvent durer quelques heures et sont auto-résolutifs. Aucune médication ne soulage le patient. Le patient n'a jamais noté de douleurs lombaire ni actuellement, ni par le passé. Le patient n'a pas noté non plus de faiblesse dans les jambes, ni de fièvre.

### **Examen clinique :**

Les sensibilités au toucher fin et à la piqûre sont normales dans les deux MI [membres inférieurs]. La discrimination chaud/froid est normale dans les deux MI. Les forces segmentaires sont normales dans tous les groupes musculaires principaux des deux jambes. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux et symétriques. L'examen du rachis lombaire est totalement normal et négatif. Le signe de Tinel est négatif au niveau du péroné et du nerf sciatique à la hauteur de cette division. Je ne suis malheureusement pas en mesure d'éliciter la douleur que le patient présente habituellement. Par contre, le patient a été vu par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui a effectué une infiltration du nerf cutané latéral de la jambe et le patient en a obtenu un bon soulagement.

### **Examen radiologique :**

Une arthro IRM du genou est sans particularité.

### **Appréciation et proposition thérapeutique:**

Merci de nous référer A. \_\_\_\_\_ pour son problème sensitif au niveau du genou droit. Le patient semble en effet avoir une atteinte neuropathique uniquement sensitive en raison d'une contusion probable de son nerf cutané fémoral latéral lors de sa chute. Etant donné qu'un bloc diagnostique a déjà été effectué, nous procédons chez ce patient à une radiofréquence pulsée de cette branche nerveuse. Nous injectons également Dexaméthasone 4 mg.

Le patient sera revu par notre physiothérapeute afin d'évaluer un possible syndrome articulaire ayant provoqué cette douleur. Nous reverrons le patient au besoin s'il y avait récurrence de ses douleurs ».

Le 30 septembre 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a pris position comme suit sur le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ :

« En premier lieu, on n'explique pas la raison des fessalgies, ni des disesthésies jambières, qui ne concernent donc pas les territoires du nerf décrit par le Dr F. \_\_\_\_\_.

En outre, j'ai tenté de retrouver des références du « nerf latéral rétinaculaire », ceci sans succès. Mes recherches se sont portées sur le classique atlas d'anatomie de Sobotta (référence de plusieurs écoles de médecine, pour les études de 1ère-2ème année), ainsi que dans le Grey's Anatomy, qui est LA référence anatomique pour les anglais. J'ai également fait une recherche sur le net, à l'aide des divers moteurs de recherche. Aucune référence y relative n'a pu être caractérisée.

Enfin, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'apporte aucune explication quant à la latence annoncée entre la chute et le début des symptômes algiques.

Dans son rapport du 19 décembre 2014, le Dr N. \_\_\_\_\_ rappelle aussi brièvement l'anamnèse, stipulant que les douleurs sont apparues à la suite de cet accident, sans s'attarder non plus sur le délai d'apparition des symptômes. Notre confrère signale que l'infiltration articulaire du genou a soulagé le patient pendant 3 mois. Il signale l'absence de signes de tinel. Il parle enfin du geste effectué par le Dr F. \_\_\_\_\_, s'agissant d'une infiltration du « nerf cutané latéral de la jambe ». Plus loin, il parle du « nerf cutané fémoral latéral ».... Ce dernier a reçu un traitement de radio-fréquence pulsée, avant une infiltration cortisonique (dexaméthasone).

Ce rapport ne manque pas de nous étonner.

D'une branche latérale rétinaculaire du genou, on parle du nerf cutané latéral de la jambe, qui est un peu plus distal, et est issu du nerf péronier, puis encore du nerf cutané fémoral latéral, qui lui est beaucoup plus proximal, intéressant la face externe de la cuisse proximale et moyenne (!), étant issu du plexus lombaire, dont l'irritation est responsable de meralgies.

A aucun moment, dans le cas de A. \_\_\_\_\_, il n'y a eu une symptomatologie évocatrice de meralgies.

Le lecteur appréciera qu'il y a pas mal d'incohérences.

En conclusion, les éléments apportés par ces deux rapports ne modifient aucunement mes conclusions du 21 octobre [2013].

La structure anatomique décrite par le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas pu être retrouvée dans les références anatomiques classiques. En outre, je peine à comprendre le délai d'apparition des symptômes après contusion d'une branche nerveuse. Généralement, les symptômes sont immédiats, ou dans les minutes/heures qui suivent. Rarement, leur apparition est tardive, souvent associée à des phénomènes compressifs (par exemple un hématome), ce qui ne fut pas le cas de ce patient. Cet élément est essentiel dans l'appréciation du lien de cause à effet.

La supputée lésion neurologique n'explique pas l'efficacité de l'infiltration articulaire cortisonique !

Aucune lésion anatomique, susceptible d'être rapportée à l'événement qui nous concerne, n'a pu être mise en évidence dans le dit genou par l'examen IRM.

Peut-être que ce patient présente des douleurs de surcharge, à la rigueur en zone fémoro-patellaire, qui peuvent effectivement être soulagées par une corticothérapie loco dolenti.

Quant au geste effectué par le Dr N. \_\_\_\_\_ (infiltration du nerf fémoral latéral), il ne concerne pas la problématique du genou, et certainement pas la région fessière ».

Dans un courrier du 16 novembre 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est déterminé à son tour comme suit :

« En préambule, je dirais que le rapport du 27.10.2014 contient déjà toutes les réponses. Concernant la remarque du Dr X. \_\_\_\_\_ critiquant le fait que je ne donne pas d'explication quant au délai entre la chute et le début des symptômes qui est de quelques jours, je dirais simplement que j'ai vu ce patient en tant que médecin dans le but d'établir un diagnostic et un traitement et non en tant qu'expert en assurances pour des problèmes asséurologiques. Cela dit lorsque survient une lésion d'une branche nerveuse, il est extrêmement fréquent d'avoir un délai entre l'apparition des symptômes et le choc initial. Chez une personne victime d'un traumatisme qui n'a jamais eu la symptomatologie avant ce traumatisme, et qui présente une lésion nerveuse dans les suites immédiates de ce traumatisme. Il me paraît évident qu'il y a une probabilité très forte que l'état actuel du patient est en relation avec son accident ».

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a en outre posé le diagnostic de « *Douleurs neurogènes sur une lésion traumatique du nerf latéral rétinaculaire du genou* ». Il a déduit du fait que l'infiltration de la zone gâchette au niveau de la lésion du nerf sensitif avait soulagé à plus de 90 % les symptômes de l'assuré que le diagnostic était ainsi prouvé presque de manière certaine. A son avis, la symptomatologie était directement consécutive à l'accident du 24 juin 2013 en raison de l'impact sur le nerf sensitif.

Le 4 janvier 2016, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a demandé l'ordonnancement d'une expertise neutre et impartiale en raison de la divergence d'opinion entre les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et l'absence d'explication de la part du Dr X. \_\_\_\_\_ sur l'origine de la symptomatologie douloureuse apparue dans les 2 à 3 jours qui ont suivi l'événement du 24 juin 2013.

Dans un courrier du 25 janvier 2016 adressé au conseil de l'assuré, le Dr N. \_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

« La première information très importante est que le patient actuellement va très bien, n'a pas de symptôme et ceci suite au traitement que nous avons effectué il y a maintenant un an. La radiofréquence percutanée effectuée sur le point gâchette du nerf sensitif incriminé a, pendant 15 jours, provoqué des douleurs un petit peu plus intenses liées à l'inflammation régionale puis a complètement soulagé le patient. Ceci est donc un excellent élément pour corroborer les constatations et le diagnostic du Dr F. \_\_\_\_\_.

J'aimerais rajouter quelques points théoriques à cette constatation. Le patient décrit effectivement un délai entre l'accident et l'apparition de la douleur, ce qui est parfaitement normal et, à mon avis, le délai est presque un peu court par rapport à ce qu'on voit d'habitude.

En effet, une lésion nerveuse traumatique même incisionnelle présente un délai, et l'hyperactivité neuronale induite, la décharge de lésion n'est pas toujours perçue alors que la douleur de sommation sur la synapse entre le premier et le second neurone afférent apparaît après quelques jours et peut être extrêmement invalidant. La théorie rejoint donc complètement la séquence des symptômes de A.\_\_\_\_\_.

La littérature a été extrêmement abondante à ce sujet et, si nécessaire, je peux vous faire parvenir plusieurs revues de la littérature sur le modèle de développement de la douleur neuropathique post-traumatique ou spontanée. Je confirme donc le très fort rapport de probabilités entre l'accident et la symptomatologie du patient qui, d'ailleurs, a très bien évolué suite à notre traitement ».

Par décision sur opposition du 29 mars 2016, W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 9 décembre 2013. Elle a considéré que le lien de causalité entre l'accident du 24 juin 2013 et les affections dont l'assuré souffrait au-delà du 6 septembre 2013 n'était pas établi avec une vraisemblance prépondérante, de sorte que c'était à raison que la décision du 9 décembre 2013 avait mis un terme aux prestations.

**C.** Le 29 avril 2016, A.\_\_\_\_\_, représenté par DAS Protection juridique SA, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation et à la condamnation de l'intimée au versement de l'intégralité des prestations dues et liées à l'accident du 24 juin 2013 et ses conséquences et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle expertise et nouvelle décision. Il fait valoir, d'une part, que le lien de causalité est établi au degré de la vraisemblance prépondérante au regard des rapports des Drs F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. Il soutient, d'autre part, que les rapports médicaux - en particulier celui du Dr X.\_\_\_\_\_ - sont contradictoires à tout le moins sur la question de la causalité.

Par réponse du 25 mai 2016, W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle se prévaut de la jurisprudence établie par l'ATF 124 V 170 pour donner la préférence à l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ qui a été consulté comme expert choisi en toute indépendance par l'autorité.

Dans sa réplique du 13 juin 2016, le recourant confirme ses conclusions et se prévaut de l'ATF 141 V 281 pour nier que l'on doive donner la préférence à l'avis du médecin désigné par l'assurance. Il produit à l'appui de sa réplique les documents suivants :

- un courriel du Dr N.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2016, selon lequel le recourant a clairement souffert d'une douleur neuropathique et précisant que les descriptifs précis, la clarté du patient dans ses plaintes et la localisation sont tous des éléments diagnostics précis. De l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, les divergences diagnostiques peuvent s'expliquer par le fait qu'il est probable que la douleur neuropathique est plus de la compétence du neurologue et du spécialiste en douleur chronique que de celle du médecin orthopédiste.

- un courrier du Dr F.\_\_\_\_\_ du même jour, dont la teneur est la suivante :

« [...] Le fait que l'IRM ne montre pas de névrome est tout à fait normal, cet examen ne permet pas dans la grande majorité des cas de visualiser un névrome sur une branche sensitive.  
Si on reprend le fil des évènements:  
Choc direct sur face ant lat genou □ 2-3 jours après douleurs sous forme de brûlures (il y a souvent une latence entre le trauma et l'apparition des symptômes neurogènes).  
Lors de mon examen du 27.10.14 présence d'une zone gâchette déclenchant les symptômes et disparition des symptômes après infiltration teste avec anesthésie locale (c'est quasiment une preuve du névrome).  
Pour finir guérison du patient avec la neurolyse.  
Pour moi le diagnostic de névrome d'une branche sensitive ne fait pas de doute et la causalité est évidente avec le choc direct.  
Tous les autres symptômes sont annexes et non pertinents.  
Je ne comprends pas l'attitude de W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA, l'affaire paraît vraiment évidente, ce n'[est] qu'une fois le diagnostic de névrome posé que le patient a pu être guéri ».

Par duplique du 28 juin 2016, l'intimé maintient ses conclusions.

**E n d r o i t :**

**1.**       **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) 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, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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 statuer (art. 93 al. 1 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 ; 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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 24 juin 2013 et les atteintes à la santé du recourant au-delà du 6 septembre 2013.

**3. a)** Selon 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. Aux termes de 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, 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 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 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss consid. 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TFA U 61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b]).

**4. a)** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet

égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 251 consid. 3a et les références citées ; RAMA 2000, KV 124 p. 214). Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante.

**b)** On ajoutera qu'en matière d'appréciation des preuves, il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées) ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minime, les conclusions des médecins internes à l'assurance. Poser des exigences trop élevées à la possibilité pour l'assuré de soulever de tels doutes au moyen des rapports de ses médecins traitants porterait atteinte à l'égalité des armes et donc à l'art. 6 § 1 CEDH. Dès lors, lorsque la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance est

mise en doute par le biais d'un rapport concluant du médecin traitant, il ne suffit pas de se référer en bloc au mandat thérapeutique qui lie celui-ci à son patient pour écarter les doutes en question.

De même, le tribunal ne peut se contenter de retenir de manière globale que le rapport du médecin traitant ne remplit pas, ou seulement partiellement, les exigences d'une expertise au sens de l'ATF 125 V 351 consid. 3a, sans examiner concrètement sa valeur probante. Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant, d'une part, sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Il n'en va pas différemment lorsque l'assureur a chargé un médecin désigné par lui-même de donner un deuxième avis médical. Dans la mesure où la procédure de désignation est distincte de celle prévue par l'art. 44 LPGA, le médecin désigné par l'assureur n'agit pas comme expert. Son statut n'est pas différent de celui d'un médecin interne à l'assurance.

**5. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 24 juin 2013. Le lien de causalité naturelle entre l'accident du 24 juin 2013 et la lésion de grade I à II du ménisque médial diagnostiquée par le Dr J.\_\_\_\_\_ et mise en évidence par l'IRM du 16 août 2013 a été nié par la décision attaquée sur la base de l'évaluation du Dr G.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2013 (« lésion mécanique et non pas traumatique ») et du Dr X.\_\_\_\_\_ le 21 octobre suivant (« méniscopathie postéro-interne modérée, sans lésion de surface, pathologie finalement banale chez un sportif invétéré »). Le recourant ne conteste pas, à juste titre, cette évaluation.

**b)** Les avis médicaux sont en revanche contradictoires sur l'existence d'une atteinte névralgique. Dans son rapport du 28 octobre 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ a considéré que le recourant présentait une lésion d'un nerf sensitif latéral, issu du nerf sciatique, plus précisément une lésion du « nerf latéral rétinaculaire » du genou droit. S'il a initialement pensé qu'il s'agissait d'une branche infra-patellaire du nerf saphène interne supérieur, le Dr F. \_\_\_\_\_ a finalement considéré qu'il s'agissait plus probablement d'une branche sensitive issue du nerf sciatique et partant de postérieure à antérieure. Les Drs H. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont quant à eux rapporté que le Dr F. \_\_\_\_\_ avait fait une infiltration du « nerf cutané latéral de la jambe », déclaré que le recourant « sembl[ait] » avoir une atteinte neuropathique uniquement sensitive en raison d'une contusion probable de son « nerf cutané fémoral latéral » lors de sa chute et ont procédé à une radiofréquence pulsée de cette branche nerveuse.

C'est à juste titre que le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé des contradictions entre les avis des Drs F. \_\_\_\_\_ d'une part et H. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ d'autre part. Le « nerf cutané fémoral latéral » traité par ces derniers vise manifestement un nerf de la cuisse supérieure. En revanche, le nerf latéral rétinaculaire traité par le Dr F. \_\_\_\_\_ est inférieur au genou. De plus, il ressort effectivement de la littérature médicale que la névralgie cutanée latérale de la cuisse appelée également « *meralgia paresthetica* » se caractérise par l'apparition de symptômes douloureux sur la face antéro-externe (avant et côté) de la cuisse. Or, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas eu de symptomatologie évocatrice de méralgies. Les Drs H. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ avaient d'ailleurs diagnostiqué des névralgies sensitives du genou droit sur neuropathie du nerf cutané latéral de la jambe. Dans ses prises de position ultérieures le Dr N. \_\_\_\_\_ n'a pas explicité les raisons de la divergence de qualification des nerfs touchés par rapport au Dr F. \_\_\_\_\_, ni n'a pris position sur la problématique de l'absence de méralgies. Il en découle que l'appréciation des Drs H. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ne corrobore pas les constatations et le diagnostic du Dr F. \_\_\_\_\_, contrairement à ce que le Dr N. \_\_\_\_\_ a affirmé le 25 janvier 2016.

Le diagnostic posé par le Dr F.\_\_\_\_\_, à savoir une lésion d'un nerf sensitif latéral, issu du nerf sciatique, plus spécifiquement du nerf latéral rétinaculaire, ne peut pas être écarté pour le seul motif qu'il diverge du diagnostic des Drs H.\_\_\_\_\_, et N.\_\_\_\_\_. Ce diagnostic ne peut pas non plus être ignoré du seul fait qu'il émane d'un médecin traitant et qu'il n'est pas partagé par le médecin mandaté par l'assureur. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a mis en question le diagnostic du Dr F.\_\_\_\_\_ au motif que le « nerf latéral rétinaculaire » n'était pas connu dans la littérature médicale standard ou accessible sur internet. Or, il existe diverses publications anglophones librement accessibles qui traitent explicitement de ce nerf (voir en particulier : A LEE DELLON, Partial Knee Joint Denervation for Knee Pain : A Review, in: Orthop Muscul Syst 3: 167, publié en 2014 dont on extrait ce qui suit : « *In 1994 the medial and lateral retinacular nerves were described, and these are the main source for knee joint pain. [...] On the lateral aspect, a branch of the sciatic nerve leaves the popliteal fossa, travels laterally and anteriorly, to emerge deep to the biceps tendon and enter the space beneath the lateral retinaculum. In this location the nerve is adjacent to the recurrent lateral [genicular] artery and vein. This nerve was termed the **lateral retinacular nerve**.* »).

Le fait que les douleurs ont diminué à 90 % après le traitement par infiltration de cortisone réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_ (infiltration qualifiée de « bloc diagnostique » par le Dr N.\_\_\_\_\_) peut en principe être considéré comme une objectivation du diagnostic de lésion du nerf traité. Certes, le Dr X.\_\_\_\_\_ soutient que cette réduction des douleurs pourrait aussi s'expliquer par le fait que la corticothérapie a soulagé des douleurs ayant une autre origine, telle que des douleurs de surcharge, à la rigueur en zone fémoro-patellaire. Le Dr F.\_\_\_\_\_ avait toutefois délimité une zone gâchette du nerf atteint, donc une zone d'étendue limitée, cutanée ou muqueuse, au niveau de laquelle un simple contact suffit pour provoquer une douleur (définition du dictionnaire de l'Académie nationale française de médecine). La présence d'une telle zone gâchette du nerf rend peu vraisemblable l'explication alternative envisagée par le Dr

X.\_\_\_\_\_. La lésion nerveuse diagnostiquée par le Dr F.\_\_\_\_\_ peut donc être admise avec une vraisemblance prépondérante.

**c)** La décision attaquée a nié le lien de causalité naturelle entre la névralgie et l'accident du 24 juin 2013 en se fondant sur l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_. Celui-ci a invoqué à l'encontre de l'existence d'un lien de causalité naturelle le délai entre la supposée contusion d'une branche nerveuse lors de l'accident et l'apparition des symptômes. Il estime que les symptômes d'une telle contusion sont généralement immédiats, ou apparaissent dans les minutes/heures qui suivent ; une apparition tardive est en revanche rare, souvent associée à des phénomènes compressifs (par exemple un hématome), ce qui n'était pas le cas du recourant.

Cette analyse est contestée tant par le Dr F.\_\_\_\_\_ que par le Dr N.\_\_\_\_\_. A leur avis, un délai entre la lésion et l'apparition des symptômes est parfaitement normal. Le Dr N.\_\_\_\_\_ fournit l'explication théorique à ce phénomène, à savoir qu'« une lésion nerveuse traumatique même incisionnelle présente un délai, et l'hyperactivité neuronale induite, la décharge de lésion n'est pas toujours perçue alors que la douleur de sommation sur la synapse entre le premier et le second neurone afférent apparaît après quelques jours et peut être extrêmement invalidant ». Eu égard au fait que le Dr N.\_\_\_\_\_ est, en tant qu'anesthésiste, un spécialiste de la douleur, son explication l'emporte sur l'appréciation d'un orthopédiste tel que le Dr X.\_\_\_\_\_. Le délai de trois jours annoncé par le recourant le 15 juillet 2013 entre l'accident et l'apparition des symptômes (fourmillements) n'est donc pas un motif suffisant pour nier un lien de causalité naturelle.

Le diagnostic de l'atteinte à un nerf sensitif a été posé pour la première fois le 28 octobre 2014 par le Dr F.\_\_\_\_\_, soit 17 mois après l'accident. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a affirmé que le lien de causalité entre cette atteinte, qualifiée de névrome, et le choc direct sur le genou lors de l'accident était évident. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a mis en question implicitement le lien de causalité en déclarant que l'atteinte à un nerf sensitif tel que décrit par le Dr F.\_\_\_\_\_ n'expliquait pas les fessalgies ni les

dysesthésies jambières que le recourant avait invoquées lors de son examen. Cela n'est toutefois pas déterminant. Dans la mesure où l'atteinte au nerf latéral rétinaculaire est reconnue comme une cause fréquente de gonalgies (cf. supra lettre a) dont le recourant a souffert, le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ suffit pour mettre en doute les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ et rendre probable l'existence d'un lien de causalité naturelle. En revanche, du fait que le Dr F.\_\_\_\_\_ a invoqué le 16 juin 2016 comme preuve du lien de causalité la « guérison du patient avec la neurolyse » accomplie par les Drs H.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ alors que ceux-ci ont traité manifestement un autre nerf que lui, il subsiste des doutes sur le lien de causalité naturelle affirmé par le Dr F.\_\_\_\_\_.

**6. a)** Vu que la décision attaquée ne s'est pas prononcée substantiellement sur les effets d'une atteinte névralgique sur la capacité de travail du recourant, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire. La décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et ordonnancement d'une expertise, puis nouvelle décision.

**b)** La cause doit être rendue sans frais (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 4 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [RSV 173.36.5.1]).

En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par l'intimée au recourant à titre de dépens.

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

**prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition du 29 mars 2016 rendue par W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA est annulée. La cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Une indemnité de 1500 fr. (mille cinq cents francs), à payer à A.\_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- DAS Protection juridique (pour A.\_\_\_\_\_),
- W.\_\_\_\_\_ Assurances-accidents SA,
- 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 :