

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Gutmann et Pittet, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. B._____, né le 30 août 1945, a été victime d'un accident le 29 janvier 2009. Il a chuté sur un chemin gelé et est tombé en avant, se blessant au genou gauche. Au bénéfice d'un contrat de travail à 60 % conclu avec l'entreprise N._____ depuis le 16 avril 2007 en tant qu'ouvrier, il était assuré à ce titre en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

La Dresse I._____, de l'Institut de radiologie de la clinique [...] a procédé à des radiographies du genou gauche le 9 février 2009; elle a constaté qu'il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire visible et pas de fracture appréciable, mais que le genou présentait une chondrocalcinose se traduisant par une calcification des deux ménisques et des altérations de type dégénératif discrètes tricompartmentales. Après avoir effectué une IRM du genou gauche le 23 mars 2009, elle a diagnostiqué une contusion du condyle fémoral externe associée à des altérations de type dégénératif tricompartmentales et de la corne postérieure du ménisque interne.

Le 30 juin 2009, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de contusions du condyle fémoral externe et lésion de la corne postérieure du ménisque interne consécutifs à l'accident du 29 janvier 2009, ainsi que de chondrocalcinose méniscale interne et externe. Il a indiqué que l'intéressé avait bénéficié de 18 séances de physiothérapie et de AINS, l'évolution ayant été favorable dès lors que celui-ci n'était pas revenu en consultation.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 juillet 2009, le Dr J._____, médecine interne FMH et médecin traitant, a mentionné que l'état santé de son patient était stationnaire, malgré un traitement de physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires.

Dans une lettre du 26 août 2009, le Dr X. _____ a notamment indiqué qu'il avait revu l'assuré en date du 13 août 2009, au motif que les douleurs s'étaient à nouveau manifestées après une période d'accalmie.

Dans un rapport médical intermédiaire du 26 novembre 2009, le Dr W. _____, chef de clinique du E. _____ a diagnostiqué une gonarthrose débutante compliquée d'une chondrocalcinose du genou gauche. Il a ajouté que le traitement conservateur par médication antalgique et anti-inflammatoire avec prise en charge physiothérapeutique en piscine était terminé et que dans la mesure où l'intéressé bénéficiait d'une rente entière de l'assurance-invalidité, il n'avait pas établi de certificat d'incapacité de travail.

Le 3 décembre 2009, le Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que les radiographies à disposition montraient une arthrose fémoro-rotulienne majeure et une chondrocalcinose articulaire. Il a estimé que la contusion n'avait que passagèrement décompensé un état antérieur et que le statu quo sine, largement calculé, était atteint six mois après l'accident.

Par décision du 10 décembre 2009, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 10 décembre 2009, celles-ci étant désormais à la charge de l'assurance-maladie. Elle a soutenu que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais de nature malade. Ainsi, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint au 10 décembre 2009 au plus tard.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 16 janvier 2010, arguant que les troubles de santé qui subsistaient étaient dus à l'accident.

Le 3 février 2010, le Dr C. _____ a exposé que l'événement du 29 janvier 2009 n'avait pas entraîné de lésion d'origine traumatique objectivée et que celui-ci avait tout au plus décompensé un état

dégénératif antérieur et préexistant, de manière temporaire et non déterminante.

Par décision sur opposition du 9 février 2010, la CNA a considéré qu'il fallait accorder entière valeur probante à l'avis du Dr C._____, dès lors que l'assuré n'apportait aucun élément permettant de le remettre en cause.

B. B._____ a recouru contre la décision sur opposition du 9 février 2010 par acte du 23 février 2010, en concluant implicitement à la continuation de la prise en charge par la CNA des prestations relatives à l'atteinte au genou gauche. Il a fait valoir que les troubles constatés étaient toujours dus à l'accident, que sans la chute litigieuse, son genou « aurait tenu encore 20 ans », et que le médecin-conseil de la CNA n'avait jamais demandé les radiographies et ne l'avait jamais reçu.

Dans sa réponse du 27 mai 2010, la CNA a maintenu la teneur de sa décision sur opposition du 9 février 2010, en relevant qu'il était exagéré d'affirmer que le genou « aurait tenu encore 20 ans », compte tenu des troubles dégénératifs visualisés à l'imagerie médicale et des gonalgies présentes également au genou droit.

C. Sur demande du juge instructeur, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a produit le dossier complet de l'assuré le 7 juin 2010, lequel contenait notamment les pièces suivantes :

- une demande de prestations AI datée du 16 juillet 2001 dans laquelle l'assuré mentionne divers problèmes de santé dont un grand problème au genou gauche;
- un courrier du 6 décembre 2002 de l'assuré à l'OAI où celui-ci fait part en particulier de très gros problèmes aux deux genoux;

- un courrier du 3 juin 2004 de l'assuré à l'OAI l'informant que son état de santé s'est passablement dégradé et faisant état notamment d'arthrose aux deux genoux;
- une décision du 26 juillet 2004 allouant à l'intéressé une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2002, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, et se référant à une expertise effectuée le 2 février 2004 par [...].

Invitées à consulter le dossier de l'OAI par lettre du 18 juin 2010 et à déposer d'éventuelles déterminations, les parties n'ont pas donné suite dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 9 février 2010, à supprimer, à partir du 10 décembre 2009, le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles affectant son genou gauche.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident 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 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2e éd., no 79, p. 865).

En cas d'état maladif antérieur, 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 maladif antérieur 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]; Frésard / Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

b) Le recourant soutient que l'événement du 29 janvier 2009 demeure un accident, que la CNA ne lui a jamais demandé les radiographies de son genou et qu'il n'a pas été reçu en consultation chez le médecin-conseil de la CNA.

En l'espèce, il est constant que le recourant présentait des contusions du condyle fémoral externe et de la corne postérieure du ménisque interne. Les radiographies et l'IRM ont également mis à jour des altérations dégénératives tricompartmentales (fémur, tibia et rotule), ainsi qu'une chondrocalcinose sous forme calcification des deux ménisques interne et externe (cf. rapports des 9 février et 23 mars 2009 de la Dresse I. _____ et rapport du 30 juin 2009 du Dr X. _____). Pour leur part, les Drs W. _____ et C. _____ ont respectivement diagnostiqué une gonarthrose débutante compliquée d'une chondrocalcinose, ainsi qu'une arthrose fémoro-rotulienne majeure et une chondrocalcinose articulaire (cf. rapports des 26 novembre 2009, 3 décembre 2009 et 3 février 2010).

Selon le dossier de l'OAI, entre juillet 2001 et juin 2004, soit bien avant la décision litigieuse, le recourant s'est plaint plusieurs fois de douleurs aux deux genoux. On ne peut par conséquent qu'adhérer à la conclusion du Dr C. _____ selon laquelle les atteintes de type dégénératif existaient déjà avant l'accident du 29 janvier 2009. En outre, le recourant a indiqué au Dr X. _____, le 13 août 2009, que les douleurs se manifestaient à nouveau après une période d'accalmie, ce qui corrobore l'évolution favorable présumée par le spécialiste, dès lors que son patient n'était pas revenu en consultation après avoir bénéficié de 18 séances de physiothérapie et de AINS (cf. rapport du 30 juin 2009). On peut donc en déduire que les contusions du condyle fémoral externe et de la corne postérieure du ménisque interne s'étaient amendées grâce aux traitements prodigués. De plus, hormis la persistance des altérations dégénératives et de la chondrocalcinose – dont on a vu ci-dessus qu'elles sont antérieures à l'événement du 29 janvier 2009 –, aucune autre lésion anatomique consécutive à l'accident n'a été mise en évidence, qui pourrait expliquer les douleurs présentés par l'assuré après l'accalmie vécue dans le courant de l'été 2009. Force est ainsi de constater, à l'instar du Dr C. _____, que l'accident du 29 janvier 2009 a tout au plus décompensé un état dégénératif antérieur et préexistant, de manière temporaire et non déterminante, et que le nouvel état douloureux présenté ne peut plus être attribué aux conséquences de l'événement incriminé. C'est donc à bon

droit que la CNA a fixé, par ailleurs largement, le statu quo sine (soit le stade d'évolution que l'état maladif antérieur aurait atteint sans l'accident) au 10 décembre 2009, excluant tout lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident à partir de cette date-là.

Enfin, contrairement à ce qu'allègue implicitement le recourant, le Dr C._____ a pris connaissance des radiographies avant de se déterminer (cf. rapports des 3 décembre 2009 et 3 février 2010); ce dernier n'avait en outre pas besoin d'examiner personnellement l'assuré dans la mesure où il disposait de toutes les pièces médicales nécessaires pour en faire une synthèse et en établir des conclusions.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

5. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD). La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 9 février 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas alloué de dépens ni perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

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 :