

VD_FINDINFO AA 114/17 - 14/2018 vom 23. Januar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_114_17_-_14_2018

FR: VD_FINDINFO AA 114/17 - 14/2018 du 23 janvier 2018

IT: VD_FINDINFO AA 114/17 - 14/2018 del 23 gennaio 2018

Regeste

AA, DÉCISION DE RENVOI, LIEN DE CAUSALITÉ | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 23.01.2018 AA 114/17 - 14/2018

AA, DÉCISION DE RENVOI, LIEN DE CAUSALITÉ | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 114/17 - 14/2018 ZA17.039857 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 23 janvier 2018 _____ Composition : Mme Berberat ,

présidente MM. Reinberg et Riesen, assesseurs Greffière : Mme Chapuisat *****

Cause pendante entre : Q. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 4 LAA ; art. 11 OLAA ; art. 43 LPGA E n f a i t : A. a) Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1995, travaillait depuis le 23 mars 2015 à 100% en qualité de forestier-bûcheron auprès de la Commune de L. _____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Par déclaration électronique de sinistre LAA du 6 mars 2017, l'employeur de l'assuré a annoncé que ce dernier avait été victime d'un accident le 18 janvier 2017 à 15 heures précisant quant au déroulement de l'accident « en marchant est tombé dans les branches ». Selon l'employeur, l'intéressé présentait une torsion/foulure du genou gauche et une incapacité de travail depuis le 27 février 2017. Par courrier du 8 mars 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait pas encore se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance, des mesures d'instructions étant encore nécessaires. Dans un rapport initial LAA du 13 mars 2017, la Dresse N. _____, spécialiste en médecine interne générale, a exposé ce qui suit : « Consultation du 27.02.2017 Motif d'urgence : Traumatisme d'un membre (ancien) Anamnèse : choc sur le genou G (le 18 jan. 17) ostéo 2X, mais cela n'évolue pas vraiment/Douleurs latérales et dessous genou le matin et en fin de journée/ Méd. tt : Dr T. _____ Status : Genou G : pas de chaleur locale ; pas de tuméfaction : pas d'épanchement : mobilité : N Pas de laxité ou battement Indication : le 18.01 une branche lui percute le genou ; pas d'impotence fct ; douleurs le matin au lever déjà N'aurait jamais eu d'accident ou traitement de ce genou Diagnostic : Tendinite post traumatique genou G Attitude : Rx genou G + axiale : paqs de lésion osseuse Arrêt de travail : 100% du 27.02.2017 au 10.03.2017 Prescription : physiothérapie 6X Médicaments : FLECTOPARIN Tissugel empl 7 pce, pdt 7 jours ECOFENAC CR cpr 75 MG 20 pce, 0 x/j (0-0-0-0) 1j sur 2, pdt 10 jours ». Etaient annexés au rapport de la Dresse N. _____ plusieurs documents

médicaux, notamment un rapport du 28 février 2017 du Dr I. _____, spécialiste en radiologie, relatif à des radiographies du genou gauche (face/profil et axiale de rotules), lequel a indiqué ce qui suit : « Indications Choc Direct Description Rapports articulaires : physiologiques Structures osseuses : sans anomalies Parties molles : sans particularité. Conclusion Pas d'anomalie mise en évidence » . Par avis du 3 mai 2017, la Dresse J. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que vu l'absence de lésion structurelle radiologique et en l'état actuel du dossier, les troubles actuels présentés par l'assuré au niveau de son genou gauche n'étaient en relation de causalité que possible avec l'événement du 18 janvier 2017. Par certificats médicaux des 4 et 26 avril 2017, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une incapacité de travail totale dès le 3 avril 2017 pour trois semaines, puis dès le 26 avril 2017 pour deux semaines. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 16 mai 2017, le Dr M. _____ a fait état des éléments suivants : 1. Diagnostic : Status après phénomène d'entorse/contusion du genou gauche du 18.01.2017. 2. Evolution : J'ai vu à une première reprise le patient le 04.04.2017, environ deux mois et demi après l'accident. L'évolution était plutôt défavorable avec l'apparition d'une gêne d'allure mécanique à la face latérale gauche. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] avait mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne mais aucune pathologie au niveau du condyle externe du fémur gauche. L'IRM datant du 20.03.2017. Le patient avait déjà été à l'arrêt de travail depuis le 03.04.2017. Malgré un traitement conservateur, l'évolution est restée plutôt défavorable. Vu la persistance des gênes, j'ai effectué le 04.05.2017 une infiltration par Diprophos 2 mg au niveau du condyle fémoral externe du genou gauche où le patient présente une symptomatologie assez atypique. J'ai revu le patient en date du 10.05.2017, environ une semaine après l'infiltration : Le patient décrit une légère amélioration de la symptomatologie algique. (...) 3. Traitement actuel : Physiothérapie, antalgie aux besoins. (...) 4. Reprise du travail : On a envisagé lors de la dernière consultation une reprise à 100% depuis le 15.05.2017(...) ». Par décision du 1er juin 2017, la CNA, agence de D. _____, a refusé d'allouer des prestations à l'assuré au motif qu'au vu des éléments du dossier médical, aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 18 janvier 2017 et les troubles déclarés. Dans le cadre de son opposition du 8 juin 2017, l'assuré a indiqué que cette douleur au genou résultait d'une chute en forêt lors de son travail, chute à l'issue de laquelle il avait heurté le genou. Pensant que cela allait passer, l'assuré a expliqué qu'il ne s'était pas rendu de suite chez le médecin. Ce n'est qu'après un mois, constatant que la douleur ne partait pas qu'il est allé faire un contrôle, suivi d'un traitement chez son médecin généraliste, puis auprès du Dr M. _____. Il a enfin constaté qu'il remplissait les conditions de l'art. 4 LPGA relatif à la définition de l'accident. Au vu de ces éléments, le médecin d'arrondissement a sollicité le rapport d'IRM du 20 mars 2017, lequel a conclu à l'absence de signe de déchirure du ménisque externe, à une probable déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, à l'intégrité des ligaments collatéraux et croisés, à une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur (LCA), ainsi qu'à une discrète chondropathie fémoro-patellaire. Par appréciation médicale du 27 juillet 2017, la Dresse J. _____ a notamment exposé ce qui suit : « Appréciation Cet assuré de 21 ans, forestier-bûcheron a présenté le 18.01.2017 une chute, tombant dans des branches selon la déclaration faite le 06.03.2017. Les radiographies effectuées lors de la première consultation du 27.02.2017 retiennent une absence de lésion structurelle et le médecin qui a vu l'assuré le 27.02.2017 retient une tendinite post-traumatique du genou G mentionnant

qu'une branche lui percute le genou. Le status est strictement normal. L'IRM du 20.03.2017 ne met pas en évidence de lésion structurelle imputable à l'évènement du 18.01.2017. Il faut retenir une ébauche de kyste synovial de Backer, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur (LCA), une minime chondropathie fémoro-patellaire, un hypersignal T2 de la corne postérieure du ménisque interne venant en contact à son bord inférieur suspect d'une déchirure et une intégrité des ligaments collatéraux et croisés. Le Dr M. _____ dans son rapport du 16.05.2017 évoque une symptomatologie assez atypique avec description d'une gêne d'allure mécanique à la face latérale du genou G. Aucune lésion n'est retrouvée à ce niveau-là à l'IRM. Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que la chute ou le choc sur le genou G n'a pas entraîné de lésion structurelle qui pourrait lui être imputable. Par conséquent, les troubles dont se plaint l'assuré et qui selon le Dr M. _____ sont atypiques, ne trouvent pas de traduction radiologique ou à l'IRM, n'entraînent aucune limitation au niveau du status et ne sont pas en relation de causalité possible avec cet évènement. Les éléments apportés par l'assuré dans son courrier du 08.06.2017 n'apportent pas d'élément nouveau qui puisse nous faire modifier notre appréciation du 03.05.2017 dont les conclusions restent parfaitement valables ». Par décision sur opposition du 8 août 2017, la CNA a confirmé la décision du 1^{er} juin 2017 et rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a indiqué ne pas prétendre que l'assuré n'avait pas été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Toutefois, se fondant sur l'appréciation de la Dresse J. _____, elle a considéré que l'évènement du 18 janvier 2017 n'avait pas occasionné de lésion structurelle susceptible d'expliquer la symptomatologie relatée par l'assuré. Les troubles ne trouvaient pas de traduction radiologique ou à l'IRM, n'entraînaient aucune limitation du status et n'étaient pas en relation de causalité probable avec l'évènement du 18 janvier 2017. Il s'agissait comme l'avait retenu le Dr M. _____, d'une symptomatologie atypique. Le fait que les troubles se soient manifestés dans les suites d'une chute ne suffisait pas pour engager la responsabilité de la CNA. B. Par acte du 14 septembre 2017, Q. _____, représenté par Me Flore Primault, avocate, recourt contre la décision sur opposition précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation du droit aux prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause auprès de l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Il conteste la position de l'intimée selon laquelle les différentes atteintes à la santé qu'il a subies, notamment la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et la chondropathie fémoro-patellaire, ne seraient pas en lien de causalité avec l'accident dont il a été victime le 18 janvier 2017. Ces lésions ne sont pas de type dégénératif mais bien traumatique. Dans son écriture du 25 septembre 2017, le recourant produit une appréciation médicale du Dr M. _____ du 20 septembre 2017, qui a la teneur suivante : « Suite à votre lettre du 15.09.2017 concernant Q. _____, je peux vous répondre que les lésions mises en évidence à l'IRM n'ont aucune corrélation clinique et parfois c'est l'inverse. Le patient présente des symptômes où le bilan radiologique n'objective pas forcément des lésions. Il pourrait s'agir éventuellement d'une symptomatologie apparue après compensation suite aux lésions. En ce qui concerne le patient, les gênes sont clairement apparues après l'accident du 18.01.2017 raison pour laquelle un lien de causalité est en tout cas probable. Je vous confirme donc que l'examen clinique confirme des douleurs au niveau du condyle fémoral externe qui sont apparues suite à l'accident du 18.01.2017. Il est effectivement possible qu'une IRM soit tout à fait négative au niveau de cette région. D'autres examens plus spécifiques au niveau osseux

comme un SPECT-CT aurait pu éventuellement montrer une captation à ce niveau ». Dans sa réponse du 17 octobre 2017, l'intimée confirme la décision entreprise et conclut au rejet du recours. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues (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 devant le tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD). Compte tenu des prestations auxquelles le recourant pourrait le cas échéant prétendre et de la durée possible de la prise en charge, la valeur litigieuse est susceptible de dépasser 30'000 fr. dans le cas d'espèce. La présente cause relève dès lors de la compétence de la Cour et non d'un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario). 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a). b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée est tenue à prestations du fait des troubles du genou gauche traités dès le mois de février 2017, singulièrement si ces troubles se trouvent en lien de causalité naturelle avec l'événement du 18 janvier 2017. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose 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 à 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 pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). c) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 et la référence citée). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas

les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C_53/2016 du 9 novembre 2016 consid. 3.1 et 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

d) Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique et non pas consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2 et la référence citée).

4. a) 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_410/2016 du 19 avril 2017 consid. 5.2, 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.1 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1). 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). 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). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 126 V 353 consid. 5b, 117 V 359 consid. 4a et 117 V 369 consid. 3a).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3 et 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de

l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 et 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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. Cependant, 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 ou plus 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 pas 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 8C_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2 et 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 et U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 et la référence citée). 5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.3.2 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 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 de l'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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En l'espèce, se référant à l'appréciation médicale de la Dresse J._____, l'intimée a refusé de verser des prestations d'assurance en lien avec des troubles au genou gauche, au motif qu'il n'y a pas de lien de causalité entre lesdits troubles et l'événement du 18 janvier 2017. Se fondant sur les rapports des 16 mai et 20 septembre 2017 du Dr M._____, l'intéressé soutient qu'un tel lien existe. b) Les rapports médicaux figurant au dossier évoquent différents diagnostics susceptibles d'expliquer les troubles allégués. Toutefois, les praticiens ayant suivi le recourant ne se prononcent pas sur le lien de causalité éventuel entre l'accident du 18 janvier 2017 et l'atteinte à la santé présentée. L'intimée ne les a d'ailleurs pas spécifiquement interrogés à ce sujet, ayant rendu la décision du 1^{er} juin 2017 et la décision sur opposition du 8 août suivant uniquement sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil, la Dresse J._____. S'agissant de la détermination de cette dernière, contenue dans ses avis des 3 mai et 27 juillet 2017, force est de constater que ces documents ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf . consid. 5 supra) pour se voir conférer pleine valeur probante. Outre que la Dresse J._____ n'a procédé à aucun examen clinique du recourant, ce qui ne lui a pas permis de rendre compte de ses plaintes, elle s'est contentée d'un bref récapitulatif des avis médicaux au dossier avant de formuler une conclusion pour le moins lapidaire, puisque tenant en quelques lignes

seulement. Celle-ci consiste à mettre en doute le lien de causalité entre l'accident du 18 janvier 2017 et la pathologie dont se plaint le recourant. Quoi qu'en dise l'intimée, l'évaluation à laquelle la Dresse J. _____ a procédé laisse subsister plusieurs interrogations sur l'origine des problèmes allégués par le recourant – lequel est au demeurant un patient jeune né en 1995 – et ne saurait dès lors emporter la conviction quant à l'exclusion d'un éventuel lien de causalité. Des pièces au dossier, il ressort que les deux seules descriptions cliniques qui doivent être qualifiées de sommaires émanent des Drs N. _____ et M. _____. La Dresse N. _____ a retenu le diagnostic de tendinite post traumatique du genou gauche. Quant au Dr M. _____, il a fait état d'un status après phénomène d'entorse/contusion du genou gauche. Comme il le mentionne, les lésions mises en évidence à l'IRM n'ont aucune corrélation clinique et parfois c'est l'inverse. Toutefois, le rapport d'IRM du 20 mars 2017 met notamment en évidence un hypersignal T2 de la corne postérieure du ménisque interne suspect d'une déchirure, laquelle peut être d'origine traumatique. On rappellera que le mécanisme exact du traumatisme n'a pas été clairement décrit, car il a été annoncé de manière différente par les intervenants. Par ailleurs, on ne saurait exclure que la plage d'œdème sous-chondral décrite dans la partie antérieure du plateau tibial puisse être d'origine traumatique. En tout état de cause, il convient de considérer que l'appréciation à laquelle a procédé la Dresse J. _____ est insuffisante, laquelle exclut une origine traumatique à l'atteinte dont se prévaut le recourant, sans aucun argument autre que l'absence de signe radiologique et sans avoir examiné l'intéressé. Finalement, dans une appréciation médicale du 20 septembre 2017, le Dr M. _____ préconise d'autres examens plus spécifiques au niveau osseux, comme un SPECT-CT et retient un lien de causalité probable entre l'accident et les symptômes présentés par son patient. c) L'avis sur dossier de la Dresse J. _____ n'a ainsi pas été établi en pleine connaissance du dossier, ne prend pas en considération les plaintes du recourant et ne discute pas les éléments médicaux recueillis au cours de la procédure administrative. Il ne dispose donc pas d'une valeur probante suffisante pour trancher les points litigieux. Les autres rapports médicaux ne permettent pas non plus, à eux seuls, de déterminer ce qu'il en est. Dès lors, force est de constater que l'instruction menée sur le plan médical ne permet pas de se prononcer en l'état du dossier. En l'occurrence, au vu du caractère lacunaire de l'instruction et des incertitudes subsistant quant à l'étiologie accidentelle des symptômes allégués par le recourant, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière suffisamment précise. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA (cf . consid. 4a supra) –, pour qu'elle en complète l'instruction. Il lui incombera de désigner un expert en orthopédie si possible spécialisé dans les pathologies du genou conformément à la procédure de l'art. 44 LPGA et de l'inviter, en lui soumettant l'intégralité du dossier, à se déterminer sur les atteintes à la santé présentées par le recourant depuis l'accident litigieux, sur leur origine accidentelle ou non, sur l'influence éventuelle des atteintes à la santé d'origine accidentelle sur la capacité de travail de l'assuré, ainsi que sur le point de savoir si un traitement est encore requis. Il appartiendra ensuite à l'intimée, sur la base des données ainsi recueillies, de rendre une nouvelle décision. 7. a) En définitive, le recours doit donc être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant, qui obtient gain de cause

avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité du litige et mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 8 août 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Q._____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Flore Primault (pour Q._____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.