

## VD\_FINDINFO AMF 1/19 - 4/2020 vom 16. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AMF\\_1\\_19\\_-\\_4\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AMF_1_19_-_4_2020)

FR: VD\_FINDINFO AMF 1/19 - 4/2020 du 16 juin 2020

IT: VD\_FINDINFO AMF 1/19 - 4/2020 del 16 giugno 2020

### Regeste

ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ADMISSION DE LA DEMANDE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE MILITAIRE, DEGRÉ DE LA PREUVE | 5 LAM

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.06.2020 AMF 1/19 - 4/2020

ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, DURÉE DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ADMISSION DE LA DEMANDE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE MILITAIRE, DEGRÉ DE LA PREUVE | 5 LAM

TRIBUNAL CANTONAL AMF 1/19 - 4/2020 ZB19.002515 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 16 juin 2020

\_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_, à Les Mosses, recourant, représenté par Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire , à Lucerne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 5 LAM e n f a i t : A. a) B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de maçon. Au terme de son apprentissage, il a débuté le 25 octobre 2015 son école de recrues comme fusilier. Le 4 novembre 2015, le genou droit de l'assuré a lâché alors qu'il effectuait une course. Autorisé à consulter le médecin de troupe le 11 novembre 2015, il a été licencié le jour suivant. b) De retour à la vie civile, B. \_\_\_\_\_ a consulté son médecin traitant, le docteur L. \_\_\_\_\_, lequel l'a adressé au docteur V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 26 novembre 2015, le docteur V. \_\_\_\_\_ a formulé l'hypothèse que le recourant souffrait d'un syndrome de l'essuie-glace couplé à une réaction hémorragique inhabituelle liée à une maladie de von Willebrand de type II. Dans son rapport du 29 février 2016, le docteur V. \_\_\_\_\_ est revenu sur son hypothèse en raison de la variation de la symptomatologie présentée par l'assuré (douleurs postérieures avec sensation d'un gonflement dans le creux poplité [peut-être en rapport avec un kyste poplité]). Au vu de la persistance des douleurs à la marche et à la montée des escaliers, le docteur V. \_\_\_\_\_ a proposé une arthroscopie du genou à l'assuré, laquelle s'est déroulée le 24 mars 2016. Par courrier du 5 juillet 2016, le docteur V. \_\_\_\_\_ s'est adressé pour avis à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire (ci-après : la CNA ou l'intimée). Il a notamment relevé ce qui suit : Dans les premiers temps, on pense à un problème au niveau du tubercule de Gerdy mais malheureusement après six mois de physiothérapie bien conduite, sans aucun résultat et des douleurs s'étant diffusément étendues, je propose la réalisation d'une arthroscopie de genou pour traiter un éventuel problème méniscal sous-jacent. Cette

arthroscopie peut être considérée comme blanche même si on retrouvait une zone de chondromalacie au niveau du plateau tibial externe sans autre anomalie. Les ménisques étaient de morphologie normale, parfaitement stables, absence de plica, pas de chondropathie fémoro-patellaire nette et le pivot central était dans la norme. On poursuivait donc avec le traitement physiothérapeutique qui dans les premiers temps post-opératoires montrait une discrète amélioration de la symptomatologie. Malheureusement, rapidement, on a à nouveau une péjoration de la situation avec toujours des douleurs fémoro-patellaires et antéro-externes du genou mais également, chose nouvelle, des douleurs plutôt dans le creux poplité et le long des tendons de la patte d'oie. L'assuré a été reçu en consultation par le docteur S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation, officiant au sein de la Clinique [...] de [...]. Dans un rapport du 18 août 2016 adressé au docteur V.\_\_\_\_\_, ce médecin a fait état de ce qui suit : Voici quelques renseignements concernant les résultats du testing musculaire que je viens de recevoir. Celui-ci montre bien une différence marquée de force entre le genou D [droit] et le genou G [gauche], tant en isocinétique qu'en isométrique mais les différences sont si importantes, qu'elles me semblent hors de proportion des constatations objectives. On rappelle en effet l'IRM plutôt rassurante et qui n'était pas en faveur d'une pathologie intra-articulaire significative et l'arthroscopie considérée comme « blanche ». Le bilan RX [radiographique] en charge que j'ai fait réaliser est également à mon sens rassurant, même si la radiologue décrit un discret pincement fémoro-tibial interne mais que j'avoue avoir de la peine à discerner. Au total, je me demande donc si le patient n'est pas extrêmement désécurisé, ce qui pourrait contribuer à ces résultats particulièrement faibles. Invité à prendre position sur le cas de l'assuré, le docteur K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement, a, dans un avis du 17 octobre 2016, indiqué que l'« aggravation » subie pendant le service n'était vraisemblablement pas éliminée et proposé de laisser une chance de récupération avec des moyens simples jusqu'à fin octobre-début novembre 2016. L'assuré a été revu le 10 janvier 2017 par le docteur S.\_\_\_\_\_. Dans son rapport daté du 11 janvier 2017, ce médecin a relevé ce qui suit : Par rapport à la précédente consultation, sur le plan fonctionnel, quelques petites choses favorables se sont passées avec un patient qui est de nouveau un peu plus actif, qui non seulement a repris de la physiothérapie de renforcement mais également du fitness. On a toutefois l'impression que les choses stagnent et que les physiothérapeutes n'ont pas vraiment trouvé de voie de passage pour permettre au patient de sortir de son schéma de peur et d'évitement. Il faut dire que M. B.\_\_\_\_\_ garde toujours une vision purement bio-mécanique de sa problématique, qu'il reste persuadé qu'une lésion n'a pas pu être mise en évidence, que cela soit lors de l'arthroscopie ou lors de l'IRM de 2015. De ce fait, et comme on pouvait s'y attendre, il est demandeur d'un 3<sup>ème</sup> avis qui aura lieu au CHUV, le 24 février 2017. L'assuré a consulté le Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV les 24 février et 24 mars 2017. Dans un rapport du 18 avril 2017, les docteurs F.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont procédé aux observations suivantes : M. B.\_\_\_\_\_ présente des douleurs mal systématisées du compartiment fémoro-tibial interne, pour lesquelles nous ne retrouvons actuellement aucune explication anatomique. Sur les différentes IRM réalisées entre 2014 et 2017, nous retrouvons une chondropathie fémoro-patellaire stade II de la facette interne de la rotule, qui n'a pas changé depuis 2014. On retrouve aussi une lésion du ménisque externe, qui est actuellement asymptomatique, puisque le patient se plaint surtout de douleurs acrifformes de tout le compartiment interne. Nous n'avons donc aucune prise en

charge chirurgicale à proposer au patient et nous proposons simplement un renforcement pour stabiliser au mieux son genou. En effet, on note un important recurvatum bilatéral, mais symptomatique uniquement à droite. Au niveau professionnel, la situation de son genou risque d'être difficilement compatible avec un travail comme maçon. Nous proposons donc que la SUVA et l'AI reconsidèrent rapidement une reconversion professionnelle pour un travail adapté à déterminer avec le patient. L'arrêt de travail en tant que maçon a été prolongé durant 2 mois. Aucun nouveau contrôle n'est prévu à notre consultation. Dans un nouvel avis du 22 juin 2017, le docteur K. \_\_\_\_\_ a apprécié la situation de la manière suivante : Dans la 2<sup>ème</sup> consultation du CHUV du 18 avril 2017, nous apprenons que le patient avait été victime, en vie civile, avant l'ER [école de recrues], d'un accident de ski ayant motivé une IRM en 2014. Celle-ci avait révélé les mêmes lésions constatées dans les deux IRM suivantes faites après l'événement survenu en 2015. Par conséquent, la chondropathie rotulienne et la lésion du ménisque externe sont survenues avant l'ER et constituent une antériorité civile certaine. En outre, ces lésions vues en 2017 étaient déjà présentes sur l'IRM de 2014, en l'état, et la chute survenue lors de l'ER ne les a pas aggravées de façon notable. En outre, la plica rotulienne externe et la chondromalacie du plateau tibial externe, vu l'arthroscopie du Dr V. \_\_\_\_\_, ne sont plus observées dans cette 2<sup>ème</sup> lecture de cette IRM. En outre, l'hyperlaxité avec un recurvatum de 20° constaté aux 2 genoux et mentionné lors des consultations à la CRR et au CHUV sont d'origine congénitale et sont donc antérieures de façon certain à l'ER. Enfin, la maladie de Willebrand est d'origine génétique, elle a pour conséquence d'altérer la fixation de thrombocytes sur les lésions vasculaires et entraîne des saignements plus ou moins importants selon le type. Cette affection aussi constitue une maladie intercurrente sans rapport avec l'ER. Il reste donc des gonalgies arciformes que les lésions constatées n'expliquent pas. Elles restent mal systématisées et ne peuvent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, être mises en rapport avec les lésions constatées lors de l'IRM faite au CHUV en 2017. Lors de la deuxième consultation au CHUV, il est mentionné un recurvatum uniquement symptomatique à droite (douleur arciforme), suggérant qu'il explique ces gonalgies droites résiduelles, mal systématisées. Au vu de la description des différentes IRM n'ayant pas aggravé les lésions du genou droit déjà présentes en 2014 avant l'ER et au vu du status faite au CHUV-le team genou avec uniquement des gonalgies légères et la bonne trophicité musculaire, on peut estimer que l'aggravation admise par l'ER est éliminée. Ajoutons encore que l'indication à une reconversion professionnelle, vu la profession de maçon du patient, est médicalement justifiée, mais due à des maladies intercurrentes. Par préavis du 10 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait que l'aggravation subie en service était désormais éliminée, si bien que la responsabilité de l'assurance militaire à l'égard des troubles du genou droit n'était plus donnée à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017. Une éventuelle demande de reconversion professionnelle ne relevait par ailleurs pas de l'assurance militaire. Malgré les objections formulées par l'assuré, la CNA a confirmé sa position par décision du 10 novembre 2017. Dans le cadre de l'opposition qu'il a formée contre cette décision, l'assuré a produit une expertise médicale réalisée par le docteur A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise et sa lettre d'accompagnement du 5 avril 2018, ce médecin a retenu les diagnostics de bascule et subluxation de la rotule droite traumatisée et décompensée, de conflit fémoro-rotulien bilatéral (plus marqué à droite), de status après contusion du genou droit, de status post-arthroscopique du genou droit et d'hémophilie dans le cadre d'une

maladie de von Willebrand. A titre de conclusions, il a expliqué ceci : En fait, je vous rejoins, ce patient n'a pas été pris en charge ni pris au sérieux directement après la chute ou après le traumatisme. Il y a donc un manquement grave de la part de l'armée.

Deuxièmement, la prise en charge du genou de ce patient n'a pas été correcte. Elle a été incomplète ; les examens qui auraient dû être effectués ne l'ont pas été. En résumé, ce patient présente des lésions, voire un dysfonctionnement de la rotule depuis de nombreuses années, voire depuis la naissance (subluxation externe de la rotule et bascule externe de la rotule que l'on retrouve dans les deux genoux). Ce problème de rotule existant, qui ne l'a jamais gêné pour son activité ni physique ni sportive, a été décompensé par l'accident. Comme personne ne s'est occupé de la rotule, personne n'a rien vu, et donc plein de ttt [traitements] et d'examens inutiles ont été proposés à ce patient sans aucun succès.

Contrairement à ce qu'affirme le médecin de l'assurance militaire qui n'a rien vu non plus, on n'a aucune preuve stricte que la fin de l'aggravation ait été apportée. Au contraire, le patient présente un dysfonctionnement de son appareil fémoro-rotulien avec, comme conséquence, une lésion cartilagineuse entre le fémur et la rotule. Toujours contrairement à ce qu'affirme le médecin de l'assurance militaire, l'aggravation va se poursuivre avec une augmentation de lésions cartilagineuses, et une aggravation de la symptomatologie consécutive, avec, comme corollaire, une diminution progressive de la capacité de mouvement et capacité physique de ce patient. Il y a des moyens probables de re-donner à ce patient une excellente qualité de vie, à condition de poser les bons diagnostics et d'effectuer les bons ttt. Dans le cas de ce patient qu'il faudrait réévaluer, il est probable qu'un geste de réaligement de la rotule sera nécessaire. L'expertise du docteur A. \_\_\_\_\_ a été soumise pour appréciation au docteur K. \_\_\_\_\_, lequel a, dans un avis du 29 octobre 2018, observé ce qui suit : Après l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_, orthopédiste à Fribourg, quelques commentaires s'imposent. Notons tout d'abord, que dans son expertise, le Dr A. \_\_\_\_\_ mentionne hormis la maladie de von Willebrand et une intervention abdominale, l'absence d'antécédents civils médico-chirurgicaux. Cela est contredit par une IRM du genou droit, pratiquée en vie civile le 21.02.2014, avant l'ER, après une chute à ski, qui avait montré une déchirure complexe de la corne antérieure du ménisque externe, associée à une lésion kystique et à une chondropathie de stade I de la facette interne de la rotule (...). Notons que ni la maladie de von Willebrand, ni les antécédents civils du genou gauche n'ont été signalés par le patient dans les actes de recrutement. A signaler encore, bien que le Dr A. \_\_\_\_\_ soit très sceptique quant à la fiabilité de l'IRM, il cite quand même les résultats de l'IRM de 2014, qu'il compare à l'IRM de 2017, en commentant le fait que sur celle de 2014, il n'avait pas de lésion alors que sur celle de mars 2017, on retrouvait une petite chondropathie focale de la facette médiale de la rotule (...). Cela va à l'encontre de toutes les lectures des autres collègues orthopédistes et radiologues. De plus, le Dr A. \_\_\_\_\_ semble inverser les dates. Notons encore qu'en page 4 de l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_, il est cité une IRM du 14.02.2018 sans anomalie (...). Ce résultat rapporté, malgré le scepticisme sur ce type d'examen du Dr A. \_\_\_\_\_, laisse malgré tout croire à l'absence de lésion intra-articulaire à ce moment-là dans le genou droit concerné. D'autre part, le même jour le 14.02.2018, il est pratiqué un CT-scan du genou droit dans le cadre d'un schéma lyonnais, mettant en évidence une possible instabilité fémoro-patellaire, diagnostic nouveau posé par le Dr A. \_\_\_\_\_. La TA-GT mesurée sur cet examen met en lumière une anomalie anatomique, qui est d'origine congénitale et qui n'a pas été créée par le SM [service militaire]. De cela, le Dr A. \_\_\_\_\_ en convient (...). Le Dr A. \_\_\_\_\_

affirme que les activités militaires ont décompensé ce trouble anatomique par l'accident survenu durant l'ER. Toutefois, cette décompensation n'a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, créé de nouvelles lésions au niveau du genou droit, si l'on en croit l'IRM du 14.02.2018 comparée à celle de 2014 faite en vie civile. Notons encore que l'examen clinique du 24.03.2017 du Dr. W. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_, du team genou-CHUV, montrait une bonne trophicité musculaire et des douleurs qui avaient pratiquement disparu. A ce moment-là, on pouvait déjà estimer que si les effets délétères de l'ER sur le genou droit s'étaient dissipés. Par décision sur opposition du 17 décembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que la responsabilité de l'assurance militaire n'était plus engagée à l'égard des troubles au genou droit de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. B. Dans l'intervalle, B. \_\_\_\_\_ a déposé le 23 novembre 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Après avoir recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants et octroyé diverses mesures d'orientation professionnelle, l'office AI a alloué à l'assuré un reclassement professionnel sous la forme d'un apprentissage de technicien dentiste du 1<sup>er</sup> août 2018 au 31 juillet 2022 (communication du 2 août 2018). C. a) Par acte du 17 janvier 2019, B. \_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son représentant, Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg, déféré la décision sur opposition rendue le 17 décembre 2018 par la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de dépens, à la prise en charge par l'assurance militaire des suites de l'événement du 4 novembre 2015 au-delà du 31 août 2017. Se fondant sur le principe qu'il appartenait à l'assurance militaire d'apporter la preuve que le lien de causalité initialement admis n'existait plus, il estimait en substance que l'assureur n'avait pas démontré la fin de l'aggravation constatée pendant le service militaire. A son avis, le point de vue défendu par le docteur K. \_\_\_\_\_, sur lequel l'assureur faisait reposer sa décision, était clairement remis en cause par les conclusions de l'expertise du docteur A. \_\_\_\_\_. b) Dans sa réponse du 20 février 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a notamment souligné que le genou droit de l'assuré, victime d'un accident de ski en 2014, était déjà sérieusement atteint avant l'accident survenu pendant l'école de recrues et que, partant, les problèmes au genou droit devaient être considérés comme une aggravation d'un état préexistant. Elle estimait par ailleurs que l'assuré semblait sous-estimer l'impact non-négligeable de son hémophilie. c) Dans sa réplique du 6 mars 2019, B. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de son recours du 17 janvier 2019. Il s'est étonné en particulier qu'il soit retenu qu'il avait récupéré l'essentiel des capacités de son genou, alors même qu'il a été reconnu qu'il est totalement et définitivement incapable d'exercer son métier de maçon. Par ailleurs, il estimait que la CNA, respectivement le docteur K. \_\_\_\_\_, n'étaient pas parvenus au cours de la procédure à prouver quel était l'état préexistant, comment celui-ci avait été aggravé pendant l'école de recrues et comment l'aggravation avait pris fin. d) Dans sa duplique du 23 avril 2019, la CNA a intégralement persisté dans ses conclusions du 20 février 2019. e) Le 2 mai 2019, B. \_\_\_\_\_ a déposé des déterminations complémentaires. f) Par ordonnance du 13 août 2019, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier constitué par l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure et leur a imparti un délai pour venir consulter le dossier et transmettre leurs éventuelles déterminations. g) Dans ses déterminations du 13 septembre 2019, la CNA a indiqué partir du principe que les pièces importantes du dossier constitué par l'assurance-invalidité lui étaient déjà connues et précisé n'avoir pas d'autres déterminations à transmettre. h) Le 9 juin 2020, le Juge instructeur a tenu une audience d'instruction, au

cours de laquelle il a entendu B.\_\_\_\_\_. 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 militaire, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire [LAM ; RS 833.1]). 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. 56 et 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). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant reproche à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendu, en tant qu'elle ne lui a pas communiqué l'appréciation médicale du docteur K.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2018 avant que la décision sur opposition ne soit rendue. a) L'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_699/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). b) S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les références citées). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références). c) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de prononcer l'annulation de la décision litigieuse par suite de la violation alléguée du droit d'être entendu du recourant. Dans la mesure en effet où la Cour de céans est dotée d'un plein pouvoir d'examen de la présente affaire, on peut considérer un éventuel vice comme réparé. 3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance militaire pour la période postérieure au 31 août 2017. 4. a) Selon l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1) ; elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec certitude avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2, let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2, let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, première phrase, LAM). b) La responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service est fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire. Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception

empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (TF 8C\_582/2018 du 22 mai 2019 consid. 2.2 et les références). La responsabilité de l'assurance militaire dure jusqu'à la disparition des effets résultant des influences nocives du service. En cas d'état maladif antérieur, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (statu quo sine). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (TF 8C\_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 5.2). c) La preuve de l'antériorité au service peut être rapportée de manière concrète, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci. Une simple prédisposition malade ne suffit toutefois pas à établir l'antériorité. L'atteinte à la santé doit s'être manifestée sous une forme ou une autre (douleurs, symptômes) ou avoir été constatée médicalement. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait justifié un traitement ou entraîné une incapacité de travail (Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, Berne 2000, n. 25 ad art. 5; Christof Steger-Bruhin, Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung, thèse, Saint-Gall 1996, p. 86 sv.). Au lieu de la preuve concrète, l'assurance militaire est fondée à apporter la preuve abstraite que l'affection ne peut avec certitude avoir été causée pendant le service (art. 5 al. 2 let. a, deuxième membre de la phrase). Cette éventualité vise principalement des affections héréditaires ou congénitales qui ne peuvent par définition avoir été causées par des influences dues au service. La preuve abstraite au sens de cette disposition revêt aussi une importance pratique lorsque, pour une raison ou une autre, on ne dispose pas de données médicales pour la période antérieure au service. Dans une telle situation, la preuve requise peut être rapportée par les enseignements tirés de l'expérience médicale (p. ex. la période d'incubation de maladies infectieuses; cf. Maeschi, op. cit., n. 29 ad art. 5). d) S'il est probable, en l'espèce, que l'apparition et le développement de l'affection procèdent de plusieurs causes, cela n'est pas un motif d'extinction de la responsabilité de l'assurance. Celle-ci répond également lorsque l'affection n'est due qu'en partie aux influences dues au service. Il peut s'agir, en revanche, d'un facteur de réduction des prestations en vertu de l'art. 64 LAM (TFA M 8/05 du 25 août 2006 consid. 3.2; Maeschi, op. cit., n. 45 ad art. 5; Franz Schlauri, Die Militärversicherung, in Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 69 sv.). Cette disposition complète et concrétise les principes de responsabilité des art. 5 ss LAM en particulier en cas de responsabilité pour une aggravation selon l'art. 5 al. 3 LAM (TFA M 8/05 précité, consid. 3.2). Elle prévoit, en effet, que les prestations de l'assurance militaire sont réduites équitablement lorsque l'affection assurée n'est due qu'en partie aux atteintes subies pendant le service. Une telle réduction est justifiée quand le dommage est attribuable à plusieurs causes concurrentes, dont une au moins est étrangère au service. C'est à l'assurance militaire qu'il appartient d'établir dans quelle proportion l'atteinte à la santé n'est certainement pas ou plus dans un rapport de causalité adéquate avec les influences subies au service (Maeschi, op. cit., n. 14 à 16 ad art. 64). La réduction des prestations doit procéder d'une juste proportion entre la totalité du dommage et la part de celui-ci dont l'assurance militaire n'aura pas à répondre. Pour ce faire, il s'agira notamment de déterminer quelle était l'affection antérieure au service, l'état de son développement lors de l'entrée en service, son caractère plus ou moins irréversible, son évolution à défaut de service militaire, la durée du service militaire, l'importance de l'aggravation survenue pendant celui-ci et en raison de celui-ci (consid. 4

non publié de l'ATF 123 V 137; Steger-Bruhin, op. cit., p. 262). Selon Maeschi, (op. cit., n. 19 ad art. 64), on tiendra compte également de la situation personnelle et économique de l'assuré. e) Il n'est pas nécessaire, pour que les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 LAM s'appliquent, qu'un diagnostic – et encore moins le diagnostic exact – ait été posé déjà pendant le service. Cependant, les symptômes ou douleurs qui se manifestent pendant le service doivent, selon l'expérience médicale, appartenir au complexe symptomatique de l'atteinte à la santé pour laquelle des prestations sont réclamées en vertu de l'art. 5 LAM (TF 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 5.2 et la référence). 5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). b) 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 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 6. En l'occurrence, il convient de constater que les troubles du recourant se sont manifestés et ont été constatés pendant le service. Par conséquent, le lien de causalité entre ces troubles et les influences subies pendant le service est, conformément à l'art. 5 al. 1 LAM, présumé, à moins que soit rapportée la preuve certaine de l'absence d'un tel lien au sens de l'art. 5 al. 2 LAM. 7. a) Il ressort du dossier que le recourant présentait avant l'événement traumatique, hormis une maladie de von Willebrand, différentes affections touchant les genoux. Selon les constats rapportés par les médecins spécialistes du CHUV, le recourant présentait une déchirure de la corne antérieure du ménisque externe ainsi qu'une chondropathie fémoro-patellaire de stade I à II de la facette interne de la rotule (rapport du docteur W. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2017 ; voir également le rapport établi le 24 février 2014 à la suite de l'IRM subie par le recourant le 21 février 2014) ; a également été évoqué un important recurvatum bilatéral (rapport des docteurs F. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ du 18 avril 2017). Pour sa part, le docteur A. \_\_\_\_\_ a fait mention d'une sublucation externe de la rotule et bascule externe de la rotule que l'on retrouvait dans les deux genoux (rapport du 5 avril 2018). b) Le 4 novembre 2015, le recourant a vu, alors qu'il courrait en forêt avec paquetage complet, son genou lâcher subitement, ce qui a entraîné sa chute à terre. A teneur des explications données par le recourant au cours de l'audience

d'instruction (voir également les explications figurant dans le procès-verbal du 7 décembre 2015), le recourant a dans un premier temps ressenti un sentiment d'instabilité ; les douleurs et l'hématome ne sont pas apparus immédiatement, mais seulement quelques jours plus tard, en raison principalement de la répétition des efforts. Les investigations menées après la libération du recourant (ainsi que l'arthroscopie du 23 mars 2016) n'ont pas mis en évidence de lésions ligamentaires ou méniscales. Hormis des douleurs mal systématisées du compartiment fémoro-tibial (survenant principalement en cas de position debout prolongée et immobile), le recourant a également expliqué souffrir depuis son accident de phénomènes de lâchage du genou et de claquement à la marche (cf. rapport du service extérieur du 7 décembre 2015 ; rapport du docteur V. \_\_\_\_\_ du 29 février 2016 ; rapport du docteur S. \_\_\_\_\_ du 29 juillet 2016 ; courrier du docteur A. \_\_\_\_\_ à Me Ribordy du 5 avril 2018 [p. 6] ; procès-verbal d'audition du 9 juin 2020). c) La problématique douloureuse a fait l'objet de nombreuses investigations médicales au cours de la procédure.

aa) Aussi bien le docteur V. \_\_\_\_\_ (rapports des 26 novembre 2015, 29 février 2016 et 5 juillet 2016) que le docteur S. \_\_\_\_\_ (rapports des 29 juillet 2016, 18 août 2016, 7 septembre 2016 et 11 janvier 2017) et les spécialistes du CHUV (rapports des 27 mars 2017 et 18 avril 2017) n'ont pas été en mesure d'expliquer la cause des douleurs présentées par le recourant. Il est vrai que les médecins du CHUV ont mis en évidence une chondropathie de stade II de la facette interne de la rotule, une petite déchirure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe sans lésion kystique en regard ainsi qu'un important recurvatum bilatéral ; à aucun moment pourtant ils n'ont retenu que ces atteintes pouvaient être à l'origine de la symptomatologie du recourant. bb) Pour sa part, le docteur A. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 5 avril 2018, attribué l'origine de la symptomatologie à un dysfonctionnement de la rotule (subluxation externe de la rotule et bascule externe de la rotule). Cette problématique n'a toutefois été évoquée par aucun des autres médecins consultés au cours de la procédure et le docteur A. \_\_\_\_\_ a passé sous silence – si elles ont été évoquées dans l'anamnèse, elles n'ont pas été reprises dans la suite de la discussion – les atteintes mentionnées par les médecins du CHUV.

8. a) Force est de constater que le dossier constitué par l'intimée ne contient aucune analyse médicale complète et circonstanciée qui permette de comprendre ce qui est précisément arrivé au genou du recourant au moment de l'accident et ce dont il souffre exactement actuellement. Si le corps médical s'est visiblement concentré sur la problématique des douleurs, il ne semble guère avoir prêté attention aux symptômes objectifs que le recourant a présenté depuis son accident. Comme on l'a vu, ce dernier s'est en effet plaint de façon constante de phénomènes de lâchage du genou ainsi que de claquement à la marche. Or c'est en vain que l'on recherche des explications claires et compréhensibles quant à ces phénomènes. De même, le recourant a, dans les suites de l'accident, subi un hématome dont la maladie de Willebrand peut expliquer l'importance. Le dossier ne contient en revanche aucune explication satisfaisante quant à l'origine de cet épanchement sanguin.

b) En l'absence d'explications objectives sur l'atteinte concrètement subie par le recourant au moment de l'accident et sur ce dont il souffre actuellement, on peine à comprendre comment le docteur K. \_\_\_\_\_ parvient, au degré de la certitude exigée par l'art. 5 LAM, à la conclusion que les troubles actuels ont pour origine des atteintes qui sont exclusivement antérieures à la survenance de l'accident. L'argumentation du médecin-conseil de l'intimée relève en vérité plus de l'hypothèse que d'une argumentation circonstanciée. S'il est vrai que le recourant présentait un certain nombre de lésions préexistantes, ce simple fait ne permettrait pas encore d'expliquer en quoi le statu quo ante avait été rétabli, ce d'autant qu'un certain

nombre de symptômes apparus dans les suites de l'accident n'avaient pas disparu (lâchages et claquements à la marche). Le docteur K. \_\_\_\_\_ ne pouvait à tout le moins se contenter d'explications sibyllines, telles que les réponses données dans son appréciation du 22 juin 2017 aux questions qui lui avaient été posées. A cette occasion, il avait indiqué que l'aggravation subie par le recourant à la suite de l'accident survenu le 4 novembre 2015 avait consisté en l'apparition de « gonalgies non systématisées » et que les troubles actuels étaient constitués de « gonalgies droites non systématisées ». 9. En l'absence d'appréciation médicale exhaustive permettant de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction doit être complétée afin que, notamment, soient éclaircies les questions relatives à l'atteinte subie par le recourant pendant le service, à l'évolution de celle-ci, à l'atteinte actuelle et au rôle joué par les atteintes préexistantes. Il convient par conséquent, conformément à ce qu'ont convenu les parties au cours de l'audience d'instruction, de renvoyer la cause à l'intimée, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise, conformément aux exigences de l'art. 44 LPGA. 10. a) Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) Dès lors que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). c) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]). Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient de les arrêter à 3'500 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 17 décembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire, est annulée, la cause étant renvoyée à la Caisse pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire, versera à B. \_\_\_\_\_ le montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alain Ribordy (pour B. \_\_\_\_\_), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire, - 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). Le greffier :