

COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Rouyn-Noranda 29 février 2012

Région : Abitibi-Témiscamingue

Dossier : 438365-08-1105

Dossier CSST : 080285364

Commissaire : François Aubé, juge administratif

Membres : Marcel Grenon, associations d'employeurs
Daniel Laperle, associations syndicales

Marcel Bénard
Partie requérante

et

Loeb (Division of Retail) (F)
Provigo Distribution inc.
Parties intéressées

et

**Commission de la santé
et de la sécurité du travail**
Partie intervenante

DÉCISION

[1] Le 6 mai 2011, monsieur Marcel Bénard (le travailleur) dépose à la Commission des lésions professionnelles une requête par laquelle il conteste une décision de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (la CSST) rendue le 19 avril 2011 à la suite d'une révision administrative.

[2] Par cette décision, la CSST confirme celle qu'elle a initialement rendue le 21 octobre 2010 et déclare que le travailleur n'a pas subi de récurrence, rechute ou aggravation le 1^{er} décembre 2009 et déclare que le travailleur n'a pas droit aux prestations prévues à la loi.

[3] L'audience a eu lieu à Rouyn-Noranda le 12 janvier 2012. Le travailleur est présent à l'audience et il est représenté. L'employeur est quant à lui absent. La CSST est représentée. La cause a été prise en délibéré à cette date.

L'OBJET DE LA CONTESTATION

[4] Le travailleur demande de reconnaître qu'il a subi une lésion professionnelle, sous forme d'une récurrence, rechute ou aggravation le 1^{er} décembre 2009 de la lésion professionnelle initiale du 10 juin 1982 et qu'il a droit aux prestations prévues à la loi.

LES FAITS

[5] Le 10 juin 1982, le travailleur subit une lésion professionnelle alors qu'il transporte des caisses et se blesse au genou gauche. La CSST retient le diagnostic de déchirure méniscale du genou gauche.

[6] Le 19 juillet 1982, le docteur M.P. Yadav opère le genou du travailleur. Il retient les diagnostics post-opératoires de « torn medial meniscus left knee ». Il indique à son protocole opératoire qu'il a procédé à « A total meniscectomy was carried out ».

[7] La lésion est consolidée le 19 mai 1983, soit 11 mois après l'événement. Le travailleur ressent toujours un œdème au genou gauche lorsqu'il marche beaucoup. Il conserve une atteinte permanente à l'intégrité physique de 2,5 % sans limitations fonctionnelles. Lors de rapport d'expertise médicale, le docteur Chiasson note que le travailleur présente une instabilité au genou gauche latéral ainsi qu'au tiroir antérieur gauche. Il coche la case « non » qui indique radiographie et il n'y a rien d'écrit à la section interprétation. Le travailleur reprend alors son emploi pré-lésionnel.

[8] Le 6 septembre 1983, le travailleur consulte le docteur Gurekas et ce dernier notera ce qui suit :

There is no effusion in the knee at that time, the media ligament appeared to be loose and there is pain on all extremes of motion of the knee. He had limited extension to approximately 15 degrees and flexion was painful after 90 degrees. He report having had a meniscectomy in the previous summer for a work accident. It was decided to put mild support bandage on and keep the patient not weight bearing for the next 3 or 4 days. An X-ray was done at that time. He was seen again on the 13th of July, on the 22nd of July with no obvious improvement to his gait and continued to complain of pain on extremes of motion. An X-ray at that time was reported as showing a loose body in the injured

knee. He was referred to Dr. Holmes, Orthopedist in North Bay, Ontario and was seen on August 18th, 1983. At which time it was recommended that he remain off work until treatment is completed.

[9] Le 8 septembre 1999, le docteur M. Yadav rencontre le travailleur. Il indique ce qui suit à ses notes cliniques :

This gentleman is known patient on mine. He must have operated upon his some time in 1973 ou 1974 and did an open medial meniscectomy for a bucket-handle tear of the medial meniscus. He was asymptomatic until about two months ago when he was using a chain saw at home to cut some trees and wood and he injured his left knee with the chain saw. He had a cut on the dorsum of the left knee along the upper lateral pole of the patella. It was quite a deep cut and he must have twisted his knee violently or suddenly at that time and since then he has been having a lot of burning pain in the medial side of his left knee and his knee swells up and feels like giving way etc. The cut has just now started to heal. There is some scab present but overall there is still redness of the skin all over this area but no evidence of any cellulitis etc. The cut is about 3 inches long and situated along the upper lateral corner of the left patella. He has been x-rayed and the x-rays show an area of opacity in the intracondylar notch area. I am not sure if this is an ectopic ossification or previous injury to this knee or not. Basically he complains of his knee being weak and giving out and it feels like clicking and popping. I suspect that he has reinjured his knee, not from the chain saw but from the way he twisted his knee at the time of the injury and he requires arthroscopic surgery because his knee still bothers him.

HISTORY PAST HEALTH, FAMILY HISTORY:

Noncontributory otherwise. His original surgery was done through two incisions so it is assumed that he must have had the remainder of the posterior horn removed through the posterior medial incision and basically surgery must have been done prior to 1975.

PHYSICAL EXAMINATION:

On examination he is a healthy young adult in satisfactory general condition. Vital signs are normal. He is afebrile. Examination of the chest, CVS and abdomen is normal. The left knee is showing moderate effusion and joint line tenderness over the medial side. Cruciate and collateral ligaments are intact.

ADMISSION DIAGNOSIS:

Chondromalacia medial femoral condyle left knee with possible recurrent tear of the medial meniscus left knee.

[10] Le 22 septembre 1999, le docteur M. Yadav procède à l'opération suivante : « partial medial meniscectomy and shaving of the chondral fissure medial tibial plateau left knee ». Il note, ce qui suit, à son rapport médical :

Pre-operative diagnosis: Chondromalacia, medial femoral condyle left knee with possible torn meniscus (recurrent tear).

Post-operative diagnosis: Torn anterior horn, medial meniscus left knee with grade 1 to 2 deep chondral fissure, medial tibial plateau, left knee.

Operation: Partial medial meniscectomy and shaving of the chondral fissure medial tibial plateau left knee.

The patient was given spinal anesthesia and was placed in the supine position. The left lower extremity was prepared and draped in the usual fashion. Esmarch bandage and tourniquet were used to obtain bloodless operative field. Mid lateral and anterior lateral portals were used to visualize the knee. The patella, the intercondylar groove of the femur, the weight bearing surface of the femur were pretty normal. Most of the medial meniscus had region, he had an open medial meniscectomy done in 1974 and only the anterior horn of the medial meniscus was showing a recurrent flap tear of margin and the torn portion of the meniscus was cleaned out with the shaver. In addition, the patient had an oblique fissure about grade 1 to 2 in depth, extending from the anterior tibial spine area, going medially to the medial margin of the tibial plateau in the front part and this oblique fissure had very sharp edges and this was smoothened out with shaver blade. The rest of the knee was completely normal. The lateral meniscus, lateral compartment was normal and there was no evidence of any significant chondromalacia of the inferior weight bearing surface of the medial femoral condyle, although one could see that the medial tibial plateau in spite of being smooth had a tender layer of articular surface as compared to the normal healthy lateral compartment. He had the remaining medial meniscus all the way from front to back and the lateral meniscus was completely normal. Part of the medial meniscus had regrown in so many years following the open medial meniscectomy. It was done in 1974. Basically we cleaned anterior medial portion of the medial tibial plateau where the patient had a fissure and there was a small tear of the medial meniscus anterior horn which was also cleaned out. The rest of the knee being normal including cruciate ligament, I think this patient should have excellent result with this procedure. I sectioned out all the Saline solution, infiltrated the knee with diluted Marcaine solution and closed the portals with steristrips. ACE bandage and dressings were applied. The patient was returned to the recovery room in good condition and withstood surgery well.

[11] Le 20 février 2010, le docteur William F. Pavlosky interprète une imagerie médicale par résonance magnétique du genou gauche. Il rapporte ce qui suit :

MRI LEFT KNEE :

Multiplanar, multisequence imaging was performed as per protocol.

Moderate effusion is seen within the joint.

Patellar articular hyaline cartilage is substantially intact.

Lateral compartment articular hyaline cartilage is intact with some thinning of the articular hyaline cartilage overlying the weight surface of the lateral femoral condyle. There is fissuring and denuding of the articular hyaline cartilage of the weight bearing surface of the medial femoral condyle.

Posterior cruciate ligament is intact. The ACL is tenuous in appearance. No increase in fluid is seen within the intercondylar fossa and I suspect that this patient has a chronic long standing ACL tear. Only a few of the distal most fibers are noted to be intact.

The lateral meniscus demonstrates mucinous degeneration, but a discrete tear is not seen. Lateral collateral ligament and posterolateral complex are normal.

The medial meniscus is subluxed medially. The posterior horn is amorphous in appearance. This could be on the basis of previous meniscectomy and in fact there is a hint of metal artifact seen anteriorly within the soft tissues, adjacent to the knee. Free edge of the body is also truncated, indicating either a tear or previous meniscectomy. Clinical correlation is required. Marginal osteophyte formation does affect the medial femoral condyle. The medial collateral ligament is intact.

Quadriceps and patellar tendon are normal. No soft tissue masses are identified. Marrow signal is normal with the exception of very subtle edema, subcortical location affecting the weight bearing surface of the medial femoral condyle, likely on the basis of bone bruising or microtrabecular injury.

[12] Le 22 mars 2010, le docteur Yadav émet une opinion médicale. Il indique ce qui suit :

I am referring this gentleman for reconstruction surgery on his left knee. Enclose is a copy of the MRI report. This gentleman was scoped by me almost 10 years ago. At that time he only had a torn medial meniscus and he did very well. Subsequently he has had multiple injuries and now his knee gives out and I think it is due to a combination of ACL and MCL laxity and his MRI report clearly shows that the medial meniscus subluxed and ACL is tenuous in appearance. He is only 48 years of age. There was an injury to this knee a few years ago, after I did the previous arthroscopic surgery in 2002. I have a feeling that this patient will be a good candidate for ligament reconstruction.

[13] Le 24 mars 2010, le docteur Vytas Gurekas indique qu'au genou gauche « knee: reconstruction (1982) injury slip + fall ».

[14] Le 25 mars 2010, le travailleur signe le formulaire *Réclamation du travailleur*. Il indique : « En montant les escaliers avec 2 caisses de liquere bouteilles le genou gauche à tordue et m'a laisser tomber 1982. 2009 La même chose m'arrive à mon chalet. » [sic]

[15] Le 13 juillet 2010, le docteur Louis Bellemare procède à l'expertise médicale du travailleur. Il indique à ses conclusions médicales que le travailleur peut également avoir des problèmes d'ostéoarthrose à la suite de la méniscectomie de longue date qu'il a eue dans les années 1980, ce qui pourrait nuire au pronostic d'une éventuelle chirurgie, voire contre-indiquer celle-ci du point de vue reconstruction ligamentaire. Il note que le travailleur a subi une dérobade de son genou gauche à son chalet en 2009 et il relate l'événement comme suit : « En débarquant de la boîte de son camion, il a sauté dans un terrain boueux et a eu à nouveau un phénomène de dérobade au genou gauche. Il aurait été placé en arrêt de travail depuis lors. »

[16] À son expertise, le docteur Bellemare rapporte que le docteur Gurekas a signé un document à la requête de l'assureur SSQ Groupe Financier. Selon le docteur Bellemare, le docteur Gurekas indique que le travailleur est en attente d'une

reconstruction ligamentaire du genou gauche et il émet l'opinion qu'il existe des symptômes qui remontent au 14 août 1982, soit lors de l'accident de travail initial.

[17] Le docteur Bellemare constate à son examen objectif que le travailleur présente « franchement » un problème d'instabilité du genou gauche, ce dernier étant grossièrement laxé. Il retient le diagnostic d'instabilité chronique et récidivante du genou gauche sur rupture ancienne du ligament croisé antérieur et status post-ménisectomie interne du genou gauche avec possible arthrose sous-jacente (sous réserve de l'évaluation radiologique). Il ajoute que le processus arthrosique est présent au niveau de la résonance magnétique, mais qu'il peut difficilement être estimé lors de son expertise. Il réserve son jugement sur le plan thérapeutique, car il souhaite voir une radiographie simple du genou pour constater l'état d'arthrose au genou gauche du travailleur. Il conclut que le travailleur présente des symptômes à la fois d'instabilité et de fémoro-patellaire. Il estime toutefois que ce sont les symptômes d'instabilité qui sont prédominants.

[18] Le 19 août 2008 et le 7 septembre 2010, l'agente de la CSST commente l'accident que le travailleur aurait subi en 1999 avec une scie à chaîne ainsi que le rapport du docteur Yadav.

[19] Le 2 août 2010, le docteur Bellemare rend un complément d'expertise médicale concernant le genou gauche à la suite de la lecture des radiographies des genoux gauche effectuées le 14 juillet 2010. Il présume qu'il y a eu une erreur dans la description de la latéralité de la part du radiologiste et qu'il y a des changements de type ostéoarthrosique minime au genou gauche et non au genou droit. Il considère donc que le travailleur est un candidat potentiellement chirurgical pour une reconstruction ligamentaire de type semi-tendineux gracille à son genou gauche.

[20] Le 15 février 2011, le docteur Mario Aubin indique à un rapport médical que le travailleur a subi une rupture du ligament croisé antérieur gauche, déchirure ménisque interne gauche, chondromalacie grade III condyle fémoral interne, chondromalacie grade II à III plateau tibial interne et externe, chondromalacie grade II rotule et trochlée. Il rapporte qu'il a procédé le 21 décembre 2010 au traitement suivant lors de son opération, soit un prélèvement des ischio-jambiers, une ménisectomie interne gauche subtotale, un rasage condyle fémoral interne et une reconstruction du ligament croisé antérieur.

[21] Le 31 mai 2011, le docteur Bellemare rend un complément d'expertise médicale. Il mentionne qu'à la lecture des notes d'un omnipraticien de 1983 et 1984, une laxité du genou gauche est notée. Il rapporte que les années suivantes le travailleur a présenté des phénomènes de dérobade. Il précise que le docteur Aubin rapporte en 2011 une déchirure ancienne du ligament croisé antérieur ce qui est dans le même sens d'une opinion qu'il a déjà émise. Il indique que lors du protocole opératoire, « il n'est pas fait mention de trouvaille autre que des changements dégénératifs associés à la rupture du

croisé antérieur et un status post-ménisectomie interne. Ces complications de gonarthrose sont des conséquences à long terme des ménisectomies totales ou subtotaux, par ailleurs, bien connues. » Il rapporte qu'au protocole opératoire du docteur Aubin, ce dernier indiquera qu'au niveau de l'échancrure, le ligament croisé antérieur est complètement rupturé alors que le croisé postérieur est normal. Il tire les conclusions suivantes sur la relation entre l'événement de 1982 et la récurrence, rechute ou aggravation alléguée le 1^{er} décembre 2009 :

Considérant un diagnostic initial d'entorse sévère avec épanchement massif, cela pourrait correspondre à une déchirure du ligament croisé antérieur en lien avec l'événement initial de 1982 ;

Considérant que la chirurgie de 1983 parle simplement d'une ménisectomie interne et survient environ un an après la blessure initiale ;

Considérant qu'une rupture du ligament croisé antérieur est une blessure en général bien tolérée chez un individu qui avait à ce moment seulement 20 ans ;

Considérant que sans le démontrer de façon éloquent, il y a des signes lors des évaluations de 1983 et 1984 d'une certaine laxité à ce genou ;

Considérant qu'il a eu quelques épisodes de dérobade ou de symptômes au niveau de ce genou documentés dans les années qui ont suivi, par ailleurs exacerbés en 2009 ;

Considérant que, suite à la chirurgie effectuée par le Dr Aubin, on confirme les trouvailles de l'imagerie par résonance magnétique, soit une arthrose à prédominance au niveau du compartiment interne, type d'arthrose que l'on retrouve classiquement dans des status post-ménisectomie ouverte (1983, soit il y a 27 ans) ;

Considérant que le diagnostic, et de nous-même et du Dr Aubin, en 2010 et 2011, est une déchirure ancienne du ligament croisé antérieur ;

Considérant une décision de la Révision administrative du 19 avril 2011, la Révision administrative confirme la décision de la CSST du 21 octobre 2010 déclarant que le travailleur n'a pas subi de RRA le 01-12-200 ;

Si nous revoyons ici les différents critères de causalité habituellement reconnus;

- **Réalité du traumatisme :**

Il y a eu, le 10 juin 1982, une entorse sévère au genou gauche du travailleur, dont l'évolution clinique, l'utilisation de béquilles, épanchement massif, suggèrent beaucoup plus qu'une simple rupture méniscale mais potentiellement une rupture méniscale associée à une rupture du ligament croisé antérieur, par ailleurs passée inaperçue.

Nous notons par ailleurs que le protocole d'arthroscopie de 1983 est relativement succinct et ne fait pas mention de déchirure du ligament croisé antérieur.

- **Nature du dommage corporel :**

Le diagnostic à l'époque a été celui d'une entorse sévère du genou gauche suivi d'un diagnostic de déchirure méniscale interne gauche ayant nécessité méniscectomie ouverte, méniscectomie par ailleurs faite par 2 incisions, comme s'il avait eu suture ou réparation du ligament croisé antérieur au moment de la chirurgie ? Notez bien, le protocole opératoire n'en fait aucune mention toutefois, non plus que le rapport d'évaluation médicale.

- **Mécanisme de production :**

Il s'agissait d'un traumatisme en torsion du genou, mécanisme pouvant produire, et une déchirure méniscale, et une déchirure du croisé antérieur.

- **Gravité :**

La lésion initiale a été suffisamment importante pour justifier un arrêt de travail, consultation et chirurgie dans l'année qui a suivi.

- **Histoire naturelle :**

L'histoire naturelle d'une simple méniscectomie aurait été celle effectivement d'une bonne évolution et d'une reprise du travail, ce qui apparemment a eu lieu. S'il y avait eu rupture du ligament croisé antérieur concomitante, celle-ci aurait pu être symptomatique initialement ou dans les années qui suivent, tel qu'en témoigne ici certains épisodes de dérobade, malheureusement non documentés. Toutefois, une rupture du croisé antérieur aurait pu également être peu ou asymptomatique chez un individu qui avait par ailleurs 20 ans à l'époque.

Ce que nous constatons aujourd'hui est que Monsieur, suite à la méniscectomie effectuée en 1983, a développé progressivement une instabilité du genou ainsi qu'un gonarthrose essentiellement fémoro-tibiale interne. Les phénomènes de gonarthrose post-méniscectomie interne sont bien connus comme complication à long terme. La gonarthrose constatée par ailleurs par le Dr Aubin au moment de la chirurgie, selon nous, est actuellement une conséquence ou l'évolution naturelle d'un status post-méniscectomie survenu 27 ans auparavant.

Quant à la déchirure du ligament croisé antérieur, nous n'avons pas de preuve administrative outre que certaines mentions de laxité ou d'instabilité dans les documents consultés pouvant confirmer de façon probable la survenue d'une telle lésion contemporaine à 1982. Tout au plus, nous pouvons affirmer que la rupture a été possiblement associée à l'événement de 1982.

- **Concordance de siège :**

Il y a concordance de siège pour le genou gauche et essentiellement le ménisque interne chez ce travailleur.

- **Concordance de temps :**

Il y a concordance de temps avec la survenue des symptômes et la nécessité d'une chirurgie et l'événement de 1982.

En ce qui a trait aux différents phénomènes de dérobade, ceux-ci nous apparaissent exacerbés depuis 2009, avaient été symptomatiques de façon intermittente dans les 25 années entre la blessure initiale et maintenant.

- **Continuité évolutive :**

Il y a un long silence médical relatif dans ce dossier.

- **Condition personnelle coexistante :**

Il n'a pas été démontré d'autre condition coexistante ici. Quant à la gonarthrose diagnostiquée au moment de la chirurgie par le Dr Aubin et antérieurement confirmée par l'imagerie par résonance magnétique, il s'agit là d'une arthrose isolée au côté gauche et d'une arthrose par ailleurs post-ménisectomie interne.

En conclusion sur le lien de causalité, bien que nous puissions retenir un lien de causalité possible entre la rupture du ligament croisé antérieur et l'événement de 1982, nous ne pouvons affirmer, selon le dossier médico-administratif consulté et l'évolution clinique, que celle-ci eut été probable comme en lien avec le 10 juin 1982.

En ce qui a trait au diagnostic aujourd'hui de gonarthrose fémoro-tibiale interne, nous pouvons retenir un lien de causalité probable avec un status post-ménisectomie interne de 1983, lui-même secondaire à l'événement du 10 juin 1982.

[22] Le travailleur témoigne à l'audience. Son témoignage est crédible, posé et nuancé. Il mentionne qu'il a sauté du « tailgate » (hayon) de son camion au mois de novembre 2009. Il a dû se traîner jusqu'au chalet. Il a consulté un médecin deux jours plus tard. Il n'était pas capable de travailler et il a eu recours à l'assurance-salaire. Il a recommencé à travailler au mois de septembre 2011.

[23] Le travailleur explique qu'il a subi un accident de travail en 1982 alors qu'il soulevait deux caisses de liqueurs. Il avait 20 ans au moment de l'accident et il a dû cesser de travailler pendant 6 mois. Il a été opéré en 1982 au genou gauche. Il mentionne que son genou se dérobait même après la consolidation de sa blessure.

[24] Le travailleur a consulté, le 6 septembre 1983, le docteur Gurekas parce qu'il s'était blessé le 10 juillet 1983 en tombant des marches. Il précise que son genou gauche est parti « de travers » alors qu'il transportait un poids. Par la suite, le travailleur mentionne que son genou gauche était ni pire ni mieux qu'avant sa chute dans l'escalier en 1983.

[25] Il a eu une contusion au genou gauche en 1989, mais il précise que son genou ne s'est jamais dérobé au hockey, car il portait une orthèse ou une attelle.

[26] Le travailleur mentionne que, depuis son accident de 1982, son genou gauche se dérobaît une ou deux fois par deux ans.

[27] En novembre 1999, le travailleur a subi un accident à son chalet; il s'est donné un coup de scie à chaîne sur la rotule du genou gauche. Il s'est alors coupé au niveau patellaire. À la suite de cette coupure, il avait des petits os et du métal dans son genou. Il a suivi des traitements en physiothérapie. Il a arrêté de travailler un maximum de 10 à 15 semaines. Il a repris ses activités normales par la suite. Il souligne que le docteur Yadav avait procédé à un nettoyage du genou gauche. Il indique que la même douleur qu'il avait avant 1999 était toujours présente après l'opération.

[28] Le travailleur mentionne qu'il a été opéré en décembre 2010 par le docteur Aubin. Il a fait de la physiothérapie avant et après 2010. Depuis l'opération, le genou lui cause encore de la douleur, mais il ne se dérobe plus.

[29] Aux questions du procureur de la CSST, le travailleur mentionne que le « tailgate » (hayon) de la camionnette avait une hauteur de 3 pieds et 4 pouces et, quand il a sauté, il n'avait rien dans les mains. Il a alors glissé sur un sol boueux et enneigé. Il a dû se rendre au chalet à quatre pattes pour téléphoner. Il n'était pas à son travail au moment où est survenu l'accident.

[30] Le travailleur précise que quand le genou gauche lui « lâchait », il enflait, il mettait alors des bandeaux et prenait des Tylenol. Il travaille chez Tembec depuis 1991.

L'AVIS DES MEMBRES

[31] Le membre issu des associations d'employeurs est d'avis de refuser la requête du travailleur. Il estime que l'événement du mois de novembre 2009 où le travailleur a glissé est suffisamment sérieux pour avoir provoqué une nouvelle lésion au travailleur et que cet événement a coupé le lien avec l'événement initial.

[32] Le membre issu des associations syndicales est d'avis d'accueillir la requête du travailleur. Il estime que le travailleur a conservé une instabilité au genou gauche à la suite de sa lésion professionnelle ce qui a causé des dérobades à son genou gauche au cours des années. Lors de l'événement du mois de novembre 2009, le travailleur a subi une nouvelle dérobade de son genou gauche. Il estime que les critères de récurrence, rechute ou aggravation de l'arrêt Halco s'appliquent.

LES MOTIFS DE LA DÉCISION

[33] La Commission des lésions professionnelles doit déterminer si le travailleur a subi une récurrence, rechute ou aggravation le 1^{er} décembre 2009.

[34] La loi précise ce qui suit :

2. Dans la présente loi, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

« **lésion professionnelle** » : une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation;

1985, c. 6, a. 2; 1997, c. 27, a. 1; 1999, c. 14, a. 2; 1999, c. 40, a. 4; 1999, c. 89, a. 53; 2002, c. 6, a. 76; 2002, c. 76, a. 27; 2006, c. 53, a. 1.

[35] En l'espèce, le travailleur ne prétend pas avoir subi un accident du travail à cette date. Il ne prétend pas non plus avoir développé une maladie professionnelle. Sa seule prétention est qu'il a connu une récurrence, rechute ou aggravation qui résulte de la lésion professionnelle du 1^{er} décembre 2009.

[36] Il est établi que la présence d'une récurrence, rechute ou aggravation implique nécessairement une modification de l'état de santé par rapport à celui qui existait antérieurement¹.

[37] La modification de l'état de santé peut se prouver par l'apparition, la réapparition, l'intensification de signes cliniques déjà présents, même partiellement objectifs ou purement subjectifs s'ils sont fiables. Pour l'évaluation de cette preuve, il faut déterminer son caractère prépondérant en relation avec la modification de l'état de santé. L'imagerie ou les signes cliniques ne sont pas nécessaires pour établir la détérioration.²

[38] Par ailleurs, pour prouver la récurrence, rechute ou aggravation, le travailleur doit démontrer un lien de causalité entre la lésion professionnelle initiale et la modification de son état de santé³. Certains paramètres permettent d'apprécier l'existence d'une

¹ *Mendolia et Samuelsohn Itée*, C.A.L.P. 50266-60-9304, 23 août 1995, J.-Y. Desjardins; *Belleau-Chabot et Commission scolaire Chomedey de Laval*, [1995] C.A.L.P. 1341.

² *Cabana et Banque Nationale du Canada*, C.L.P. 222389-71-0312, 28 juillet 2008, M. Zigby (décision sur requête en révision); *Dubé et Entreprises du Jalaumé enr. (Les)* et *CSST*, C.L.P. 380599-01A-0906, 21 septembre 2009, G. Tardif.

³ *Côté et Neilson inc.*, C.L.P. 229412-01B-0403, 7 février 2005, J.-F. Clément; *Lavoie et Club de golf Pinegrove inc.*, C.L.P. 317031-62-0705, 10 janvier 2008, R.L. Beaudoin; *Bélanger et Commission scolaire des Rives-Du-Saguenay*, C.L.P. 325045-02-0708, 10 mars 2008, G. Morin.

telle relation, notamment, la gravité de la lésion initiale, la similitude du site de lésion et des diagnostics, la continuité des symptômes, le retour au travail, avec ou sans limitations fonctionnelles, le suivi médical, le temps écoulé entre la lésion initiale et la rechute alléguée ainsi que la présence ou l'absence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique.

[39] Aucun de ces paramètres n'est à lui seul décisif mais, pris ensemble, ils permettent de décider du bien-fondé d'une réclamation.

[40] Pour l'analyse de la récurrence, rechute ou aggravation du travailleur du 1^{er} décembre 2009, le tribunal retient ce qui suit de la preuve.

[41] La lésion professionnelle du travailleur du 10 juin 1982 a été consolidée le 19 mai 1983, soit 11 mois après l'événement. Il a subi un traumatisme majeur qui nécessitera une chirurgie ouverte en 1982 pour une ménissectomie interne totale. Le travailleur conserve une atteinte permanente de 2,5 % pour une ménissectomie du genou gauche. Le docteur Chiasson retiendra, malgré la consolidation de la lésion, que le travailleur présente une instabilité au genou gauche latéral ainsi qu'au tiroir antérieur gauche et il notera que le travailleur présente de l'œdème au genou gauche lorsqu'il marche beaucoup.

[42] Le travailleur mentionnera à l'audience qu'il a toujours des dérobades au genou gauche après la consolidation de sa lésion. Par exemple, il mentionne qu'il avait effectué une chute dans un escalier en juillet 1983, car son genou gauche était parti de « de travers » alors qu'il transportait un poids. Le 6 septembre 1983, le docteur Gurekas notera lors de son examen que le ligament interne démontre une certaine laxité.

[43] Le travailleur précise que son genou gauche se dérobaient une ou deux fois par deux ans. Lorsqu'il jouait au hockey, il n'avait pas de dérobade du genou gauche, car il portait une attelle ou une orthèse. Le travailleur mentionne que quand le genou lui « lâchait », il enflait, il mettait alors des bandeaux et prenait des Tylenol.

[44] Lors de l'événement de 1999 alors qu'il s'est coupé sur le dessus de l'os patellaire, il est resté 10 à 15 semaines sans travailler et il a recommencé ses activités normales par la suite. Malgré son nettoyage au genou gauche, le travailleur a continué à ressentir les mêmes douleurs que celles qu'il ressentait avant son accident.

[45] Le 21 décembre 2010, le docteur Aubin procède à la reconstruction du ligament croisé antérieur de la jambe gauche. À son protocole opératoire, il indiquera qu'au niveau de l'échancrure, le ligament croisé antérieur est complètement sectionné alors que le croisé postérieur est normal. Selon le docteur Bellemare, la description du protocole opératoire du docteur Aubin, ne fait mention que des changements

dégénératifs associés à la rupture du croisé antérieur et un status post-ménisectomie interne.

[46] La CSST plaide que le travailleur a subi un accident personnel très sérieux au mois de novembre 2009 et que ce nouvel événement est suffisant pour briser le lien avec l'événement initial. Conséquemment, elle estime qu'il ne s'agit pas d'une récursive, rechute ou aggravation, mais d'une nouvelle lésion professionnelle.

[47] De la preuve, le tribunal estime qu'il est plus probant que la symptomatologie qui est consécutive à l'événement du mois de novembre 2009 soit en relation avec la lésion professionnelle de 1982.

[48] Bien que l'événement ne soit pas un événement traumatique important, soit un saut de trois pieds et quatre pouces de hauteur et glissement sur la boue, les conséquences sont démesurées, et sans proportion avec le diagnostic de reconstruction du genou gauche.

[49] L'interprétation de la résonance magnétique du 10 février 2010 montre un ligament croisé antérieur d'apparence ténue laissant suspecter une déchirure de longue date, car il y a seulement quelques fibres distales étant intactes. Il s'agit donc d'une déchirure qui était présente bien avant l'événement du mois de novembre 2009.

[50] Ainsi, le 24 mars 2010, le docteur Gurekas, médecin qui a charge et qui suit le travailleur depuis plusieurs années, retient le diagnostic de reconstruction du genou gauche et il note « (1982) injury slip + fall ». Il indique donc que la condition du genou gauche du travailleur lors de l'émission de son rapport médical est la conséquence de sa lésion professionnelle de 1982.

[51] Lors de ses expertises, le docteur Bellemare retiendra les diagnostics d'instabilité chronique et récidivante du genou gauche sur rupture ancienne du ligament croisé antérieur et status post-ménisectomie interne gauche avec possible arthrose sous-jacente. Le docteur Bellemare est bien au courant que le travailleur a sauté de son camion, car il notera : « En débarquant de la boîte de son camion, il a sauté dans un terrain boueux et a eu à nouveau un phénomène de dérobage au genou gauche. Il aurait été placé en arrêt de travail depuis lors. »

[52] Pour le docteur Bellemare, qui a examiné le travailleur et qui a commenté le dossier médical antérieur de celui-ci, le travailleur a présenté « à nouveau un phénomène de dérobage du genou gauche » au mois de novembre 2009. De plus, le docteur Bellemare mentionnera que le diagnostic initial d'entorse sévère avec épanchement massif en 1982, pourrait correspondre à une déchirure du ligament croisé antérieur en lien avec l'événement de 1982.

[53] Qui plus est, le docteur Côté, médecin de la CSST, qui est bien au fait du dossier, donc de l'événement du mois de novembre 2009 et à qui la CSST demande une opinion entre la récurrence, rechute ou aggravation du 1^{er} décembre 2009, sera plus enclin à accepter la relation avec l'événement 1982 mais avec quelque réserve. Toutefois, il ne mentionnera aucunement que l'événement du mois de novembre 2009 est suffisant pour avoir engendré une nouvelle lésion.

[54] Par conséquent, le tribunal estime que la preuve prépondérante ne permet pas de conclure que l'événement du mois de novembre 2009, soit le saut du travailleur et la glissade qui a suivi, a été à l'origine de la reconstruction du genou gauche.

[55] Par ailleurs, la CSST invoque un autre motif pour refuser la relation entre la récurrence, rechute ou aggravation du 1^{er} décembre, car elle estime que le travailleur n'a pas présenté de laxité à son genou gauche lors de sa lésion initiale.

[56] Or, selon la preuve, lors de l'expertise du docteur Chiasson, le 19 mai 1983, ce dernier indiquera que le travailleur a présenté une instabilité au genou gauche autant au niveau latéral interne qu'au niveau du tiroir antérieur. Il indiquera que le travailleur présente de l'œdème s'il marche beaucoup ou effectue un effort physique.

[57] De plus, le témoignage du travailleur est très important, car il a rendu un témoignage crédible et nuancé. Le travailleur mentionne qu'il a eu, depuis son accident de 1982, des dérobades au genou gauche. Il a eu ces dérobades une ou deux fois par deux ans. La chute qu'il a subie dans l'escalier en 1983 est la conséquence de ces dérobades. Quand une dérobade survenait, il ne consultait pas un médecin; il mettait un bandage et il prenait des Tylenol. D'ailleurs le docteur Bellemare émettra l'opinion que le travailleur avait un seuil de tolérance élevé à la douleur.

[58] Concernant l'événement de 1999, alors que le travailleur s'est coupé la rotule du genou gauche avec une scie à chaîne, le travailleur mentionnera que 10 à 15 semaines après l'événement il avait repris ses activités normales et que l'opération à son genou gauche n'avait pas modifié la condition de ce genou et, par conséquent, il présentait toujours des dérobades à son genou gauche.

[59] Par ailleurs, selon la CSST, le tribunal ne peut retenir l'opinion du travailleur selon laquelle il présentait plus de dérobades en 1999, car le docteur Yadav a noté dans son rapport du 8 septembre 1999 au sujet du travailleur « He was asymptomatic until about two months ago when he was using a chain saw... he injured his left knee with chain saw. » Le terme asymptotique utilisé par le docteur Yadav est trop imprécis; il peut varier d'un examinateur à l'autre selon les questions posées ou les tests effectués. Conséquemment, le tribunal ne peut donc inférer que le travailleur n'avait plus de dérobades au genou gauche lorsqu'il s'est coupé la rotule en 1999,

et ce, d'autant plus que ces dérobades se produisaient de façon assez espacée, soit une ou deux fois par deux ans.

[60] Comme déjà il est mentionné auparavant, l'interprétation de la résonance magnétique du 10 février 2010 montre un ligament croisé antérieur d'apparence ténue laissant suspecter une déchirure de longue date, car il y a seulement quelques fibres distales intactes.

[61] Le docteur Bellemare, lors de son expertise du 31 mai 2005, considère qu'étant donné le diagnostic d'entorse sévère avec épanchement massif, cela pourrait correspondre à une déchirure du ligament croisé antérieur en lien avec l'événement. Il considère également qu'une rupture du ligament croisé antérieur est une lésion bien tolérée chez un individu qui avait 20 ans. Il précise qu'il y a eu des signes en 1983 et en 1984 mais, « sans le démontrer de façon éloquente », ces signes étaient d'une certaine laxité au genou gauche. » Finalement, il considère le diagnostic de déchirure ancienne du ligament croisé antérieur qui est celui du docteur Aubin ainsi que le sien. Le docteur Bellemare conclut qu'il y a un lien possible entre la rupture du ligament croisé antérieur et l'événement de 1982.

[62] La CSST estime toutefois que l'opinion du docteur Bellemare aurait pu être différente s'il avait su que le travailleur avait subi une coupure patellaire en 1999. Toutefois, à la lecture du rapport médical qui est ni plus ni moins que le compte rendu opératoire, il n'est pas mentionné nulle part au protocole opératoire que le travailleur a subi une lésion intra-articulaire. Conséquemment, le ménisque interne et le ligament croisé antérieur n'ont aucunement été atteints; le tribunal ne voit donc pas comment cela aurait pu modifier l'opinion du docteur Bellemare.

[63] Quant à lui, le docteur Côté estime que la récurrence, rechute ou aggravation du 1^{er} décembre 2009 devrait être refusée si la chirurgie subie par le travailleur en décembre 2010 l'a été en raison d'une instabilité ligamentaire, car la lésion était méniscale et non ligamentaire et il indique qu'il n'y avait pas eu de laxité rapportée lors du rapport d'expertise médicale.

[64] Toutefois, le tribunal n'est pas de la même opinion que le docteur Côté, car le rapport d'expertise médicale du docteur Chiasson retiendra, malgré la consolidation de la lésion, que le travailleur présente une instabilité au genou gauche latéral ainsi qu'au tiroir antérieur gauche et il notera que le travailleur présente de l'œdème au genou gauche lorsqu'il marche beaucoup. Le travailleur a rendu un témoignage crédible selon lequel son genou se déroba à la suite de l'événement de 1982. Le docteur Gurekas notait en 1983 que le genou gauche présentait une certaine laxité. La résonance magnétique démontre un ligament croisé antérieur d'apparence ténue laissant suspecter une déchirure de longue date. Le docteur Aubin qui a opéré le genou du travailleur en décembre 2010 est d'avis que le travailleur présente une blessure ancienne du ligament croisé antérieur ainsi que le docteur Bellemare. Même le docteur

Gurakas qui suit le travailleur depuis au moins 1983, selon les rapports médicaux au dossier, est d'avis que les problèmes au genou gauche sont en lien avec l'événement de 1982.

[65] Conséquemment, pour tous les motifs énoncés ci-dessus le tribunal estime, selon la preuve prépondérante, que le diagnostic de rupture ancienne du ligament croisé est en relation avec l'événement de 1982 et qu'il y a eu une récurrence, rechute ou aggravation le 1^{er} décembre 2009.

[66] Finalement, la CSST estime que la gonarthrose que le travailleur a présentée est la conséquence principalement de l'événement de 1999 et non la conséquence de méniscectomie effectuée en 1982.

[67] Le tribunal ne peut retenir les prétentions de la CSST et il estime que la gonarthrose est la conséquence d'une méniscectomie que le travailleur a subie en 1982.

[68] Le docteur Côté, médecin de la CSST, mentionne que si la chirurgie a été rendue nécessaire par une « ostéoarthrose précoce », il estime possible que la méniscectomie effectuée en 1982 ait pu contribuer à l'apparition de cette arthrose. Le docteur estime toutefois que le travailleur a subi plusieurs traumatismes au genou gauche d'ordre personnel qui auraient pu affecter le ménisque interne et les ligaments. Le docteur Côté réservait donc son opinion, car il ignorait ce que le médecin qui procéderait à l'opération du genou gauche du travailleur émettrait comme diagnostic post-opératoire.

[69] Or, le 19 juillet 1982, le docteur M.P. Yadav opère le genou du travailleur. Il retient les diagnostics post-opératoires de « torn medial meniscus left knee ». Il indique à son protocole opératoire qu'il a procédé à « A total meniscectomy was carried out ». C'est donc qu'il a enlevé une partie importante du ménisque interne du genou gauche le 19 juillet 1982. Lorsque le docteur Yadav procédera au nettoyage du genou gauche le 22 septembre 2009, il mentionnera une méniscectomie partielle du ligament interne; il ne peut s'agir que d'un petit fragment restant du ménisque, car une partie importante du ménisque avait été imputée en 1982.

[70] De plus, le docteur Bellemare, qui interprète le protocole opératoire du docteur Aubin, indique ce qui suit : « À la description du protocole opératoire, il n'est pas fait mention de trouvaillie autre que des changements dégénératifs associés à la rupture du croisé antérieur et à un status post-méniscectomie interne. Ces complications de gonarthroses sont des conséquences à long terme des méniscectomies totales ou subtotaies, par ailleurs bien connues. »

[71] Le tribunal est d'avis que l'opinion du docteur Aubin est pertinente dans le dossier, car ce dernier a procédé à une opération très élaborée du genou gauche qui consistait à un prélèvement des ischio-jambiers, une méniscectomie interne gauche subtotal, un rasage condyle fémoral interne et une reconstruction du ligament croisé antérieur gauche. Il connaissait très bien l'état du genou du patient, puisqu'il pouvait constater la coupure de l'os patellaire laissée à la suite de l'événement de 1999 et les traces de la méniscectomie totale de 1982 et de la méniscectomie partiel de 1999. C'est donc en toute connaissance, après son opération, qu'il a retenu que les changements dégénératifs étaient dus à la rupture du ligament croisé antérieur et à un status post-méniscectomie interne comme l'indique le docteur Bellemare. Or, le status post-méniscectomie réfère principalement à la méniscectomie totale que le travailleur a subie le 19 juillet 1982.

[72] D'ailleurs, le docteur Bellemare précisera, dans son expertise du 31 mai 2011, « que suite à la chirurgie effectuée par le Dr Aubin, on confirme les trouvailles de l'imagerie médicale par résonance magnétique, soit une arthrose à prédominance au niveau du compartiment interne, type d'arthrose que l'on retrouve classiquement dans des status post-méniscectomie ouverte (1983, soit il y a 27 ans). »

[73] Enfin, le docteur Bellemare conclut sur le lien de causalité comme suit : « En ce qui a trait au diagnostic aujourd'hui de gonarthrose fémoro-tibiale interne, nous pouvons retenir un lien de causalité probable avec un status post-méniscectomie interne en juillet 1982, lui-même secondaire à l'événement du 10 juin 1982. »

[74] En conclusion, à la lumière des commentaires des docteurs Aubin, Bellemare, Côté, Gurekas, et du docteur Yadav qui a pratiqué une méniscectomie totale du ménisque interne du genou gauche en 1982, du témoignage crédible du travailleur, de l'interprétation de résonance magnétique, et selon la preuve prépondérante, le travailleur a subi une rechute, récurrence ou aggravation le 1^{er} décembre 2010, car la gonarthrose est la conséquence de l'événement du 10 juin 1982.

PAR CES MOTIFS, LA COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES :

ACCUEILLE la requête de monsieur Marcel Bénard, le travailleur;

INFIRME la décision de la Commission de la santé et de la sécurité du travail rendue le 19 avril 2011 à la suite d'une révision administrative;

DÉCLARE que le travailleur a subi une récidive, rechute ou aggravation le 1^{er} décembre 2009, qu'il a droit aux prestations prévues à la loi et qu'il a droit aux bénéfices de la loi.

François Aubé

M^e Michel-Étienne Parayre
MDBP, Avocats
Représentant de la partie requérante

M^e Louis Cossette
Vigneault Thibodeau Bergeron
Représentant de la partie intervenante