

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/708/2007

ATAS/7/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 13 janvier 2010

En la cause

Madame A _____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA

recourante

contre

ZURICH SUISSE, Service juridique, ZURICH, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ , née en 1956, travaillait en qualité de nettoyeuse pour le compte de X _____ SA depuis le 7 mai 2001. A ce titre, elle était assurée contre les risques accident professionnel et non professionnel, ainsi que maladie professionnelle auprès de ZURICH, COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : la ZURICH).
2. Le 13 juin 2001, alors qu'elle passait la machine à nettoyer le sol dans le magasin, pour éviter une cliente, elle a tiré ladite machine contre elle qui a heurté son genou gauche. L'assurée a immédiatement cessé le travail et s'est vu prodiguer les premiers soins par les urgences de l'Hôpital universitaire cantonal de Genève (ci-après : HUG). Un arrêt de travail complet du 14 juin (date du certificat médical) au 14 juillet 2001 a été attesté par le docteur L _____ , médecin assistant.
3. Le 16 juillet 2001, le docteur M _____ , de la Policlinique de chirurgie des HUG, a rempli un certificat médical, mentionnant que sa patiente s'était fait écraser la jambe gauche avec une machine utilisée sur le lieu du travail. Il précisait une douleur et une impotence du membre inférieur gauche et constatait, au niveau du genou, une tuméfaction et une douleur à la palpation de la tête du péroné, un test méniscal négatif, un valgus positif et l'absence de signe de tiroir. Il a posé le diagnostic d'entorse moyenne de la cheville droite et fixait la reprise du travail au 15 juillet 2001.
4. L'employeur de l'assurée a signalé une rechute de l'accident du 13 juin 2001 le 8 août suivant. Selon la déclaration d'accident, l'intéressée a dû interrompre son travail le 3 août 2001 en raison d'une enflure du genou gauche.
5. Le docteur N _____ a fait procéder à un examen par résonance magnétique (IRM) le 7 août 2001, qui a conclu à une contusion osseuse du plateau tibial interne, une dégénérescence mucoïde de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et un épanchement intra-articulaire avec plica synoviale.
6. Le 24 novembre 2001, le docteur O _____ , spécialiste FMH en orthopédie, a diagnostiqué un status post-contusion osseuse du tibia (plateau interne) suite à une chute et une lésion du ménisque interne. L'évolution était défavorable. Il faisait par ailleurs état d'un discret début d'arthrose en tant que facteur antérieur à l'accident.
7. Ce médecin a procédé à une arthroscopie en décembre 2001. Il en est résulté les diagnostics suivants : lésion cartilagineuse de grade IV au condyle fémoral interne du genou gauche, lésion cartilagineuse de grade III à la facette interne de la rotule du genou gauche et lésion de grade II à la partie moyenne et à la corne postérieure du ménisque.

8. Sur question de la ZURICH, le docteur O _____ a précisé que suite à l'arthroscopie (traitement par micro-fractures selon Steadmann au niveau du condyle interne et de la rotule gauche), l'évolution était marquée par une récupération très lente. La patiente présentait, en date du 10 avril 2002, un épanchement du genou gauche, une flexion-extension de 140-5-0°, une gêne à la palpation et au stress de la fémoro-rotulienne gauche et le périmètre de marche était limité à une heure, sans canne. Les plaintes subjectives consistaient en des douleurs antérieures du genou gauche.

Les lésions cartilagineuses mises en évidence lors de l'arthroscopie étaient à mettre en relation avec le traumatisme du 14 (recte : 13) juin 2001, au contraire de la lésion de grade II du ménisque interne qui était vraisemblablement dégénérative. Les plaintes actuelles de la patiente étaient dues à l'accident. La lésion cartilagineuse de grade IV du condyle fémoral interne se trouvait en zone de charge et présentait donc une lésion arthrogène.

9. Le docteur P _____ a répondu aux questions de l'assureur-accidents par lettre du 8 août 2002. Il a relaté que l'assurée se plaignait toujours de douleurs au niveau du genou gauche, dont l'examen était pourtant tout à fait satisfaisant. Il qualifiait de traumatiques les lésions cartilagineuses, mais pas la lésion méniscale. Il y avait une relation de causalité entre les plaintes de la patiente et l'événement du 13 juin 2001. Néanmoins, l'évolution se faisait actuellement vers un état maladif du genou. Enfin, il signalait une probable évolution vers une arthrose progressive du genou.
10. Le 18 juillet 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).
11. Le 23 septembre 2002, le docteur Q _____, spécialiste en radiologie, a pratiqué notamment un arthro-scanner du genou gauche. Cet examen lui a permis de conclure à un épanchement intra-articulaire, une dystrophie osseuse diffuse, une chondropathie rotulienne « grade III » avec arthrose fémoro-patellaire et un pincement du compartiment interne du genou avec sclérose et kystes synoviaux sous-chondraux de part et d'autre.
12. En date du 15 novembre 2002, l'assurée a été opérée par les docteurs O _____ et P _____, qui ont posé les diagnostics de lésion cartilagineuse de IVème degré du condyle interne post-traumatique, status post-traitement par micro-fractures selon Steadmann du condyle interne et de la rotule et de lésion centrale du ménisque externe. Ils sont intervenus au moyen des techniques suivantes : ostéotomie de valgisation selon Puddu et allogreffe osseuse bicortiquée, micro-fractures selon Steadmann du condyle interne et débridement a minima de la lésion cartilagineuse de la rotule, résection a minima de la corne postérieure du ménisque externe.

13. Le 10 juillet 2003, le docteur O _____ a signalé une persistance de douleurs diffuses dans la jambe gauche, une amélioration lente, ainsi qu'une fracture de vis à 4 mois et demi après l'opération avec déplacement secondaire actuellement en consolidation. Une nouvelle intervention chirurgicale était prévue.
14. L'intervention envisagée s'est déroulée le 29 octobre 2003 et a consisté en un traitement par micro-fractures selon Steadmann du condyle interne en antéro-interne, une résection des flaps cartilagineux instables et une chondroplastie du condyle interne du plateau tibial interne, l'ablation par instrumentation du matériel d'ostéosynthèse cassé puis allogreffe par os spongieux et mobilisation sous narcose. La perte de correction de l'ostéotomie était estimée à 10° sur fracture des implants ainsi que flexum secondaire de 15°.
15. Le docteur R _____, médecin-conseil de la ZURICH, a considéré le 29 janvier 2004 qu'au vu du diagnostic de contusion osseuse initialement posé, la contusion du cartilage décelée pouvait être admise comme une conséquence de l'accident. Eu égard aux complications lors de la guérison, il fallait s'attendre à une guérison lente, d'un minimum de 4 à 6 mois, avec une probable atteinte à l'intégrité.
16. Le 14 juin 2004, le docteur S _____, spécialiste en chirurgie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OCAI. Il a estimé que, sur le plan médical, la situation n'était pas stabilisée, l'état du genou gauche n'étant pas satisfaisant avec flexum et limitation de la flexion, atrophie massive du quadriceps et perte de correction de la valgisation. Le pronostic était sombre et une ré-ostéotomie, voire vu le contexte, une arthroplastie totale du genou, devraient être envisagées.
17. Le docteur O _____ a mentionné, dans un avis du 21 août 2004, que l'éventualité d'une ré-ostéotomie était à discuter et que le cas ne serait stabilisé que lorsque le stock osseux serait suffisant et que la patiente serait prête pour une opération.
18. Sur mandat de la ZURICH, le docteur T _____, spécialiste en orthopédie et chirurgie FMH, a rendu un rapport d'expertise en date du 12 septembre 2005. Il a posé les diagnostics suivants : status après contusion du genou gauche ; status après trois opérations (arthroscopie avec micro-fractures cartilagineuses de la rotule, du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne, status après ostéotomie de valgisation de la tête tibiale gauche et status après AMO) ; flexum résiduel par consolidation de l'ostéotomie en flexum et abaissement de la rotule. En ce qui concerne la causalité naturelle entre les troubles présentés et l'accident du 13 juin 2001, il a estimé que cette dernière était possible mais non vraisemblable. La surcharge pondérale et l'habitus en varus du genou lui semblaient jouer un rôle prépondérant, ces deux facteurs pouvant très bien, combinés l'un avec l'autre, entraîner une surcharge chronique du compartiment interne du genou. La localisation des lésions cartilagineuses et leur importance six mois après l'accident parlaient plutôt en faveur de lé-

sions dégénératives progressives. Enfin, l'accident décrit ne paraissait pas expliquer d'une manière probante l'évolution entre 2001 et 2005. Quant à l'évolution, elle avait été difficile ; l'ostéotomie de valgisation avait une indication tout à fait logique et raisonnable. Malheureusement, elle avait consolidé avec une bascule du plateau tibial en arrière et une légère diminution de la correction espérée. Une nouvelle intervention lui paraissait nécessaire et consistait en le seul traitement médical envisageable, qui n'était donc pas terminé. La capacité de travail était nulle dans une profession en permanence debout, telle que celle préalablement exercée. Ladite incapacité de travail n'était toutefois pas vraisemblablement imputable à l'accident. Le docteur T_____ a fixé le statu quo sine au 3 décembre 2001, date de l'arthroscopie ayant permis de poser un diagnostic précis des lésions du genou gauche.

19. Le 23 septembre 2005, la ZURICH a signifié à l'assurée la fin du versement des prestations de l'assurance-accidents à compter du 31 octobre 2005. Elle a considéré que le statu quo sine avait été atteint au 3 décembre 2001 et que la relation de causalité entre l'accident assuré, du 13 juin 2001, et les troubles présentés à compter de cette date n'était que possible. L'assurance a toutefois renoncé à réclamer le remboursement des indemnités journalières et autres prestations versées ultérieurement.
20. Dans un avis médical adressé au conseil de l'assurée, le docteur O_____ a fait savoir qu'il ne partageait pas l'avis de son confrère expert, le docteur T_____. Il a notamment exposé que les lésions cartilagineuses du condyle interne comme de la rotule étaient des lésions localisées et tout à fait compatibles avec un choc direct du genou ; aucun signe de gonarthrose n'avait été mis en évidence lors de l'arthroscopie initiale du 3 décembre 2001. Il ne s'agissait pas d'une gonarthrose diffuse ni d'une gonarthrose varisante sur défaut en varus bien que ceci puisse aggraver une lésion cartilagineuse traumatique du compartiment interne par la suite. Il n'y avait pas eu de symptômes de ce genou ni de l'autre avant l'accident. Par ailleurs, l'IRM effectuée en août 2001 avait clairement mis en évidence une contusion osseuse notamment du plateau tibial interne gauche, constatation connue pour témoigner d'un choc violent et important, compatible avec des lésions cartilagineuses focalisées. Il s'ensuivait que les troubles de santé présentés par l'assurée étaient en relation de causalité avec l'accident.
21. L'expert a pris position suite aux propos du docteur O_____ et a maintenu ses conclusions. Pour ce faire, il s'est en particulier appuyé sur les éléments suivants : la patiente n'avait consulté pour la première fois que le lendemain de l'accident, soit le 14 juin 2001 et le docteur M_____, des HUG, avait mentionné une reprise de travail dès le jour suivant, le 15 juin 2001. Sur le même certificat, le genou passait au second plan dans la description des constatations et n'était pas mentionné dans le diagnostic. Le rapport opératoire du 3 décembre 2001 mentionnait des lésions cartilagineuses du condyle interne comme ayant atteint la surface de charge du condyle interne de même que la face interne de la facette articulaire rotulienne.

22. Le 15 septembre 2006, la ZURICH a confirmé par décision sa position et a nié la persistance d'un lien de causalité entre les troubles et l'événement accidentel au-delà du 3 décembre 2001.
23. L'opposition formée par l'assurée a été rejetée par décision sur opposition du 23 novembre 2006, dans laquelle la ZURICH a toutefois précisé qu'elle renonçait à requérir le remboursement des prestations versées à tort au-delà du 3 décembre 2001.
24. Par mémoire du 23 février 2007, A_____ interjette recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à ce que la ZURICH soit condamnée à poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2005, avec intérêts moratoires à 5 %.

En substance, elle fait valoir que l'accident du 13 juin 2001 est la condition sine qua non du dommage qu'elle subi et que le statu quo sine n'a pas été rétabli à ce jour. Elle critique le rapport du docteur T_____, eu égard aux facteurs sur lesquels il se fonde, ainsi qu'à sa motivation. Il y a lieu de retenir que le lien de causalité naturelle a été démontré à suffisance par l'ensemble des pièces médicales au dossier. En outre, la recourante relève qu'il n'a pas été établi que l'arthroscopie du 3 décembre 2001 avait révélé des lésions correspondant au statu quo sine. Les docteurs T_____ et R_____ ont certes estimé que le genou présentait des antécédents sous la forme de lésions dégénératives dues à une surcharge pondérale et à un varus bilatéral, mais elle ne s'était jamais plainte de son genou avant l'événement assuré de juin 2001. A titre subsidiaire, la recourante estime que les lésions cartilagineuses et la contusion osseuse du plateau tibial interne doivent être assimilées à des fractures. En pareille hypothèse, il appartient à l'assureur de démontrer que de telles lésions, dont il doit prendre normalement les suites à sa charge (aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA), sont dues à une maladie ou à un phénomène dégénératif. Or, telle preuve n'a pas été rapportée. Si tant est que la Juridiction de céans devait ne pas faire sienne son argumentation, l'assurée requiert la mise en œuvre d'une expertise.

L'assurée produit notamment, à l'appui de ses conclusions, un avis du docteur U_____, chef de clinique au sein du département de chirurgie des HUG. Selon ce médecin, qui s'est prononcé sur la base du dossier médical de l'intéressée, on peut présumer que la majorité des lésions cartilagineuses du genou étaient de type traumatique à imputer à l'accident de juin 2001. Un processus dégénératif a aussi, selon le docteur U_____, contribué à la dégradation du cartilage articulaire, mais il ne lui est pas possible d'établir dans quelle mesure le traumatisme et ledit processus ont respectivement mené à la dégradation du cartilage articulaire.

25. L'intimée conclut, par mémoire du 1^{er} mai 2007, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée.

Elle relève tout d'abord les circonstances douteuses et floues de l'accident du 13 juin 2001, l'assurée n'ayant même pas été capable d'indiquer à quel endroit du genou elle s'était cognée. A ce propos, il ressort de l'ensemble des pièces et déclarations que l'événement doit être considéré comme un simple heurt. Par ailleurs, il y a lieu de conclure à l'existence de lésions de nature manifestement dégénérative, en particulier en ce qui concerne les diagnostics de gonarthrose, chondropathie rotulienne, arthrose fémoro-patellaire et lambeaux cartilagineux se détachant progressivement de la surface de la rotule. Selon l'intimée, l'expertise réalisée par le docteur T_____ a permis de confirmer les opinions des docteurs V_____ , P_____ et R_____ qui ont très tôt estimé que le cas relevait de la maladie. Les conclusions opposées du docteur O_____ ne sont pas de nature à remettre en question la valeur probante de l'expertise, ce d'autant que ce médecin est en réalité le médecin traitant.

26. Le 4 juillet 2007, le Tribunal a tenu une audience lors de laquelle la recourante, revenant sur les circonstances de l'accident, a déclaré être en train de nettoyer le sol avec une machine lourde à autopropulsion lorsque cette machine, qui pivotait, avait touché le soulier d'une cliente ; pour éviter cette dernière, elle avait fait tourner la machine qui avait percuté le milieu de son genou. Elle n'était pas tombée, s'était raccrochée à la machine et avait crié, ensuite de quoi quelqu'un était venu l'aider. Elle était rentrée chez elle et son genou s'était bloqué à la descente du bus. Elle avait alors appelé sa fille qui l'avait conduite en taxi à l'hôpital. Elle a confirmé, s'être rendue aux urgences et avoir été examinée le jour de l'accident. On lui avait posé une attelle, donné des médicaments et conseillé de mettre de la glace. Elle avait attendu six heures et il lui avait été indiqué de revenir le lendemain.
27. Par ordonnance du 5 juillet 2007, la Juridiction de céans a requis l'apport du dossier maladie de la recourante auprès d'INTRAS à Carouge. L'assurance-maladie n'avait toutefois pas de pièces autres que celles figurant déjà au dossier de l'intimée.
28. Le docteur R_____ , médecin conseil de la ZURICH, a été entendu lors de l'audience du 7 novembre 2007. Il a déclaré que d'après les pièces du dossier, le genou de la recourante présentait un état dégénératif préexistant (vraisemblablement de plusieurs années) et l'événement incriminé n'avait pas pu, de son point de vue, entraîner les lésions dont elle souffrait. Les lésions cartilagineuses de grade III et IV mises en évidence lors de l'arthroscopie du 3 décembre 2001 étaient des lésions dégénératives avancées et, mécaniquement, il ne pouvait s'expliquer les lésions de la rotule et du condyle par le traumatisme. Le diagnostic de sub-luxation de la rotule avec arthrose fémoro-patellaire posé lors de l'arthro-scanner - soit une malposition de la rotule pouvant fragiliser le genou et susceptible d'entraîner des lésions dégénératives - démontrait le phénomène dégénératif. En conséquence, l'accident n'avait été, selon le docteur R_____ , que révélateur de lésions dégénératives, mais ne les avait pas provoquées.

29. Le 31 janvier 2008, ont été entendus les docteurs O_____ et T_____ .

Pour le premier, les circonstances exactes de l'accident ne pouvaient pas être définies, mais en tout cas il y avait eu un événement subi et aigu par choc direct. En L'arthroscopie qu'il avait pratiquée en 2001 ne montrait pas de signes d'arthrose généralisée, mais une lésion focale cartilagineuse de degré IV. Le cartilage autour était tout à fait sain. Ces lésions étaient compatibles avec des lésions traumatiques. L'élément-clé pour affirmer que la lésion est d'origine traumatique était d'une part le contexte relevé lors de l'anamnèse, à savoir un choc compatible avec les lésions constatées, et l'absence de douleur au genou avant l'événement. S'il y avait eu des lésions préexistantes, il aurait constaté lors de l'arthroscopie d'autres lésions cartilagineuses plus généralisées, ce qui n'avait pas été le cas. Le genou était asymptomatique avant l'accident, de même que le genou droit. L'évolution du genou gauche avait bien sûr pu être influencée par le genou en varus, vu l'augmentation de charge dans le compartiment interne : ceci pouvait peut-être expliquer l'aggravation constatée de la lésion lors de la seconde intervention en novembre 2002. Les suites post opératoires défavorables pouvaient être influencées par le genou varus sans qu'il soit possible de quantifier cette influence. Le bris du matériel d'ostéosynthèse avait fait perdre la correction obtenue lors de l'intervention et favorisé l'évolution défavorable. Le docteur O_____ a précisé que les douleurs après l'accident étaient situées dans le compartiment interne et antérieur du genou ; or, une contusion osseuse du compartiment interne, compatible avec un traumatisme, avait été mise en évidence à l'IRM. Quant à la lésion du ménisque, elle était minime, stable et n'avait pas nécessité de résection.

Le docteur T_____ , quant à lui, a confirmé avoir examiné la recourante en août 2005 à la demande de la ZURICH, en qualité d'expert neutre et indépendant. Il avait déterminé le mécanisme de l'accident lors de son entretien avec la patiente et il avait indiqué ne pas comprendre comment l'événement en question avait pu causer les lésions constatées. L'intéressée lui avait clairement dit ne pas être tombée et avoir continué à travailler jusqu'au soir, ce qui signifiait à ses yeux que le choc n'avait pas été très important, ce d'autant plus que sur le premier rapport des HUG, il n'était pas fait état d'un diagnostic de contusion du genou, mais uniquement d'une entorse de la cheville. On ne pouvait donc pas parler d'une contusion osseuse traumatique. La patiente est par contre en surcharge pondérale et a des genoux en varus, ce qui peut favoriser une hyperpression sur le compartiment interne des genoux. Petit à petit, cela peut provoquer des lésions qui ne sont pas forcément visibles à l'examen clinique ou à l'IRM. A ce propos, le fait que l'on ait trouvé lors de l'arthroscopie des lésions focales isolées ne le faisait pas changer d'avis. La lésion telle que décrite dans le rapport du docteur O_____ correspondait, pour le docteur T_____ , à un choc sur genou fléchi. Ce dernier a ajouté que la lésion constatée du ménisque démontrait que le genou n'était pas en bon état, indépendamment de l'accident, mais que cela n'était pas forcément douloureux et les lésions cartilagineuses découvertes lors de l'arthroscopie pouvaient tout à fait être

dégénératives, favorisées par la surcharge pondérale et le genou varus. Une lésion cartilagineuse peut être une pré-arthrose et l'ostéotomie pratiquée par le docteur O_____ visait précisément à prévenir le développement d'une telle pathologie.

30. Le 29 janvier 2008, le docteur W_____ , qui suit la recourante depuis le 15 mai 2007, a répondu aux questions adressées par le Tribunal de céans. Sur la base de la description de l'accident faite par le Tribunal et tout en mentionnant qu'il ne connaissait pas lesdites circonstances, le docteur W_____ a estimé que l'état actuel du genou était probablement dû au choc subi le 13 juin 2001. A la question de savoir si des facteurs maladifs avaient pu, en partie, causer ledit état, il a répondu « probablement non ».
31. Dans sa prise de position après enquêtes, la recourante, qui persiste intégralement dans ses conclusions, mentionne notamment que les circonstances de l'accident, singulièrement l'endroit lésé de son genou, apparaissaient de façon suffisamment claire au dossier. Le certificat du docteur M_____ mentionnait qu'elle avait eu la jambe écrasée avec une machine et il y était fait état d'une tuméfaction du genou gauche, ainsi que d'une douleur à la palpation de la tête du péroné. L'absence de diagnostic y relatif était très vraisemblablement due à l'impossibilité d'en établir un sans effectuer des examens poussés. Le certificat du docteur N_____ mentionnait quant à lui un traumatisme avec une machine du membre inférieur gauche. Pour le surplus, la recourante met en exergue sa mauvaise maîtrise du français, ce qui a inévitablement occasionné des problèmes de communication avec les médecins. En ce qui concerne le lien de causalité naturelle entre l'événement du 13 juin 2001 et ses troubles de santé, la recourante fait remarquer que ses lésions étaient logées dans le compartiment interne du genou, soit là où se situaient les douleurs post-accident et où fut également mise en évidence une contusion osseuse par IRM. De plus, son genou était asymptotique avant l'accident litigieux. Par conséquent, l'hypothèse formulée par le docteur T_____ ne saurait être suivie et il y a en revanche lieu de considérer que le varus ainsi que le surpoids ont été des causes d'aggravation de l'évolution des lésions post-traumatiques, dont une extension avait été constatée lors de la seconde intervention. La causalité doit ainsi être admise, l'état actuel du genou étant toujours dû à l'accident et aux difficultés et complications intervenues en cours de traitement.
32. L'intimée, quant à elle, a exposé que les déclarations de la recourante n'étaient pas fiables, dès lors qu'elle se contredisait ou était contredite par les pièces du dossier. Or, les circonstances de l'accident étaient importantes. A ce propos, l'assureur constate que le docteur O_____ avait admis à tort une chute de sa patiente et donc un traumatisme supplémentaire qui n'avait pas eu lieu et le nouvel orthopédiste traitant s'était prononcé tout en avouant ne pas connaître les circonstances de l'événement accidentel. Par contre, le docteur T_____ avait clairement exposé en quoi le mécanisme du traumatisme n'était pas propre à engendrer les lésions car-

tilagineuses constatées subséquemment, avis qui était partagé par le docteur R_____. Enfin, le docteur O_____ avait également mentionné deux genoux asymptomatiques avant l'accident, ce qui n'était pas exact selon les constatations rapportées par l'expert S_____ dans son rapport du 1998 à l'attention de l'AI. L'intimé a dès lors maintenu ses conclusions.

33. Le 11 novembre 2008, le Tribunal de céans a ordonné une expertise judiciaire sur la personne de l'assurée. Le mandat a été confié au docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, membre du Groupe d'experts « genou » de la Société suisse d'orthopédie.

L'expert a rendu son rapport en date du 11 août 2009 après avoir procédé à une anamnèse et à un examen clinique de la recourante, examiné les pièces du dossier, requis quelques pièces complémentaires auprès des HUG, fait procéder à de nouvelles radiographies et revu tous les documents radiographiques avec le professeur C_____, responsable de la radiologie ostéo-articulaire du CHUV. Les diagnostics posés sont : un status post contusion du genou gauche par machine de nettoyage industriel ; un status post décompensation douloureuse de troubles dégénératifs pré-existants au niveau fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne suite à cette contusion ; un status post ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche avec augmentation chirurgicale de la pente tibiale et abaissement concomitant de la rotule ; un status post non-consolidation et débricolage de l'ostéotomie avec perte de la correction de départ ; un status post multiples arthroscopies de débridement et de micro-fractures selon Steadmann au niveau fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire ; un status post ostéotomie de déflexion du tibia proximal gauche et une gonarthrose tricompartmentale du genou gauche.

Pour le médecin, seuls les deux premiers diagnostics, soit la contusion du genou par la machine de nettoyage industriel et la décompensation douloureuse de lésions dégénératives pré-existantes peuvent avoir un lien de causalité naturel vraisemblable avec l'événement du 13 juin 2001. Il considère que les clichés radiologiques à disposition démontrent clairement que la patiente présentait déjà ces lésions dégénératives avant l'accident et que celui-ci n'a fait que créer un phénomène de décompensation douloureuse, cas de figure fréquent. La position de la jambe au moment du choc contre la machine entre en ligne de compte en plus des autres éléments radiologiques et a son importance, notamment en regard de l'absence de signes de contusion osseuse visible sur le 1^{er} IRM. Les lésions cartilagineuses constatées lors de l'arthroscopie du 3 décembre 2001 sont des lésions localisées avec caractère arthrogène ; il s'agit d'arthrose débutante puisque les lésions sont encore localisées mais déjà profondes (classées grade IV notamment au niveau du condyle interne). L'utilisation, à propos de cette arthrose débutante, du qualificatif « diffus » ne représente pas de critère en soi. Le genou varus et le surpoids de la recourante sont deux facteurs prédisposant à développer des troubles dégénératifs et ils représentent également des facteurs aggravants sur les douleurs suite à un accident, ainsi que des

facteurs d'évolution négative en post opératoire. Leur influence est certaine, mais non quantifiable. En ce qui concerne précisément le choc survenu le 13 juin 2001, il est effectivement susceptible d'entraîner une tuméfaction du genou, de même qu'une contusion osseuse. Cela étant, il ne semble pas possible de parler dans le cas d'espèce de contusion osseuse, mais bien plutôt d'œdème de surcharge du compartiment interne dans le cadre d'un varus et d'un surpoids sur des lésions dégénératives. Enfin, le choc n'est, selon l'expert, pas susceptible d'entraîner des lésions telles que celles constatées au niveau du cartilage (en particulier à l'arrière du genou) ; il aurait fallu un mouvement de rotation violent en flexion. L'ensemble de la pathologie témoigne d'un processus cohérent, mais la tuméfaction et les douleurs présentées par la patiente sont une décompensation douloureuse de lésions dégénératives pré-existantes suite à un choc n'étant pas de nature à les créer. Le processus dégénératif ne nécessite pas la constatation d'autres lésions pour être confirmé. Il est usuel que des lésions dégénératives ne provoquent aucune douleur jusqu'à ce qu'un accident banal crée une symptomatologie douloureuse. Le médecin précise encore qu'il est très habituel que des personnes constatent l'apparition de douleurs avec ou sans notion de traumatisme et qu'une arthrose radiologique très avancée soit alors mise en évidence. La surcharge pondérale est un des facteurs prédisposant à développer des troubles dégénératifs du compartiment antérieur (rotule et trochlée), mais de façon moins importante que pour les compartiments fémoro-tibiaux. Le fait que le genou droit soit sain ne joue aucun rôle, l'arthrose n'étant pas systématiquement bilatérale.

Le statu quo sine a été atteint le 3 décembre 2001, après la première arthroscopie ayant permis de faire le diagnostic des lésions dégénératives. Par ailleurs, la patiente présente un certain de degré de surcharge pondérale et un status varus des membres inférieurs qui prédisposent au développement de troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes et fémoro-patellaires, ainsi qu'à la décompensation douloureuse de ces lésions après un choc banal sur le genou. L'intervention du 15 décembre 2002 (ostéotomie de valgisation) était nécessitée par une pathologie malade et par une aggravation des lésions pré-existantes à l'accident, mais qui se sont aggravées dans les suites de l'arthroscopie réalisée le 3 décembre 2001. En ce qui concerne les causes du phénomène d'aggravation, il expose que la première arthroscopie du 3 décembre 2001 n'était pas complètement indiquée. Par ailleurs, une fois l'arthroscopie commencée, s'il pouvait se justifier de réaliser des micro-perforations selon Steadmann dans la lésion du condyle interne pour essayer de créer un effet de cicatrice fibreuse, il n'en allait pas de même dans la lésion cotée de stade III au niveau de la rotule. Ce dernier geste s'est compliqué d'une nécrose localisée du cartilage avec extension en profondeur de la lésion, d'un amincissement des couches de cartilage et d'un pincement fémoro-tibial interne. En pareilles circonstances, l'ostéotomie de valgisation du tibia proximal représentait vraisemblablement l'option chirurgicale de choix, mais, lors de cette intervention le 15 novembre 2002, il y a vraisemblablement eu effraction de la corticale externe du tibia

avec augmentation de la pente tibiale et abaissement très significatif de la rotule incompatible avec une extension complète et une bonne fonction du membre ; en sus, il y a eu démontage et non-consolidation de l'ostéotomie. La nouvelle greffe subséquente avait permis de consolider l'ostéotomie, mais dans une position vicieuse avec perte de la correction recherchée au départ. Il aurait fallu proposer une reprise immédiate de l'ostéotomie suite aux radiographies post opératoires réalisées le 5 décembre 2002, l'indication d'une évolution défavorable y étant objectivable. Enfin, ce n'est pas la rupture du matériel d'ostéosynthèse, intervenue en février 2003, qui est un facteur d'aggravation important, mais le fait que la pente tibiale soit augmentée et que la rotule soit basse, car le genou devient non fonctionnel, douloureux avec une impossibilité d'extension complète et donc une boiterie. La non-consolidation de cette ostéosynthèse et le débricolage ont péjoré la situation puisque la correction la valgus recherchée a été perdue. Il n'est pas possible de tirer de conclusion certaine de la dégradation rapide du cartilage condylien interne et des troubles au niveau du compartiment interne, hormis le fait que le geste arthroscopique du 3 décembre 2001 a précité l'aggravation des lésions cartilagineuses.

Vu l'état actuel du genou, la capacité de travail est nulle, mais elle pourrait être entière après reconversion dans une activité sédentaire sans port de charge, sans déplacement en montée, en descente d'escaliers, en terrain irrégulier et sans station debout ou assise prolongée. L'amélioration de la capacité de travail dépend uniquement de la motivation de l'assurée à reprendre le travail dans une profession compatible avec son handicap. En outre, la capacité de travail pourrait également être améliorée par des mesures médicales sous la forme de la pose d'une prothèse totale du genou gauche. Bien que la patiente soit jeune, son cas est actuellement sans issue sur le plan thérapeutique, vu les douleurs invalidantes, la nécessité de se déplacer avec deux cannes et une mobilité très réduite de l'articulation. Les risques liés à cette intervention consistent en les risques généraux liés à toute chirurgie de ce type, mais aussi en l'obtention d'un résultat compromis par un genou multi-opéré, douloureux depuis longtemps, dans un cadre assécurologique tendu. De toute manière, le pronostic de l'expert est sombre tant sur le plan objectif et médical que sur le plan psychologique et subjectif de la patiente.

Par ailleurs, le docteur B_____ estime que les blocages du membre inférieur droit antérieurs à l'accident sont dépourvus d'importance dans le présent contexte. La sub-luxation de la rotule mise en évidence par arthro-scanner ne peut pas être interprétée précisément et il est impossible de dire si l'état méniscal intervient ou non dans le processus. Quoi qu'il en soit, les douleurs et les limitations fonctionnelles suite à l'accident sont pluri-factorielles, la cause principale en étant les lésions du cartilage. Pour terminer, l'expert considère les plaintes de l'intéressée tout à fait justifiées, au vu de l'examen de son genou et de l'analyse de ses radiographies actuelles.

34. Les parties ont été invitées à se prononcer sur le rapport d'expertise. La recourante y a renoncé, se contentant de requérir l'audition de l'expert (pli du 15 septembre 2009). Quant à l'intimée, elle a exposé que l'expert judiciaire est catégorique en ce qu'il déclare que les lésions cartilagineuses de la recourante ne sont pas d'origine accidentelle, mais relèvent d'une processus dégénératif. Le statu quo sine a été fixé au 3 décembre 2001. C'est donc à juste titre qu'elle avait elle-même mis un terme à ses prestations à cette date ; par ailleurs, le fait de ne pas réclamer le remboursement des prestations versées à tort à compter de cette date procédait d'une grande générosité. En conclusion, l'intimée a considéré la cause en état d'être jugée et persisté intégralement dans ses conclusions.
35. Copie de ce courrier a été transmis à la recourante, sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal de céans, ainsi que la recevabilité du recours ayant été examinés dans le cadre de l'ordonnance d'expertise, il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.
2. Est litigieux le droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà de la date du 3 décembre 2001. En particulier, se pose la question de savoir si l'état de santé de la recourante à cette date est encore en lien de causalité avec l'événement accidentel assuré du 13 juin 2001.
3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à

des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3 et les références).
5. En l'espèce, le dossier médical de la recourante contient de très nombreuses pièces, y compris une expertise orthopédique diligentée par l'intimée. Or, les avis médicaux exprimés sont très partagés sur la nature des lésions constatées chez la recourante ; par ailleurs, certains médecins, tel le docteur R_____, ont modifié leur appréciation et/ou ont tenu compte d'éléments factuels incorrects (p. ex. la mention d'une chute dans un rapport du docteur O_____, celle de la poursuite du travail après le choc par le docteur T_____, etc.). Dans ces circonstances, il est apparu au Tribunal de céans impossible de rendre une décision sans la mise en œuvre préalable d'une expertise judiciaire qu'il a confiée à un chirurgien orthopédiste spécialiste des pathologies du genou, en la personne du docteur B_____.

Le rapport rendu par ce médecin remplit à l'évidence les critères pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Il a été rédigé après examen de la recourante,

analyse de l'intégralité du dossier médical et radiologique et après avoir fait procédé à de nouveaux examens de ce type. Il tient compte des plaintes de l'intéressée, est dûment motivé et extrêmement clair dans les réponses aux questions posées. En conséquence, le Tribunal se fondera sur les conclusions du docteur B_____ pour apprécier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 juin 2001 et les troubles présentés au-delà du 3 décembre de cette même année.

Or, force est de constater qu'un tel lien est catégoriquement nié par le spécialiste, qui argumente de façon détaillée la question. Les lésions cartilagineuses de la recourante sont des lésions d'origine dégénérative, soit relevant de la maladie, et pré-existantes à l'accident assuré. De toute manière, de telles lésions n'auraient pu être provoquées par un choc tel que celui du 13 juin 2001. Certes, ce dernier a déclenché le processus douloureux, mais comme le relate l'expert, il n'en est pas à l'origine et pareil processus, vu le stade d'avancement de l'arthrose, aurait très bien pu survenir sans choc aucun, comme cela est très fréquemment le cas. Au demeurant, on rappellera que le fait que des douleurs n'apparaissent qu'après un accident ne suffit pas à les lui attribuer (non-applicabilité du raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* en assurance-accidents, cf. les références citées ci-avant). Bien au contraire, dans la mesure où l'étiologie des lésions engendrant les douleurs est étrangère à l'accident, il sied de suivre l'expert dans ses conclusions et ne retenir un lien de causalité que jusqu'au 3 décembre 2001, date à laquelle il a été procédé à une arthroscopie du genou permettant de confirmer le type de lésions de l'articulation. Les considérations contraires du docteur O_____ ne sauraient remettre en question l'avis de l'expert judiciaire, dans la mesure où son appréciation n'est pas suffisamment motivée. On rappellera encore que ce médecin, de même que le docteur W_____, doit être considéré comme le médecin traitant de l'intéressée et, à ce titre, son opinion doit être prise avec circonspection eu égard au lien de confiance qu'il entretient avec sa patiente (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b7cc). Quant aux autres avis contraires à celui de l'expert figurant au dossier, on doit constater qu'il s'agit d'affirmations péremptoires sans commune mesure avec l'appréciation fouillée et documentée de l'expert B_____ .

Les problèmes subséquents, soit l'aggravation de la pathologie, sont en partie dus aux gestes chirurgicaux subis par la recourante. Toutefois, lesdits actes médicaux ont été effectués dans le cadre du traitement lié aux lésions dégénératives et non à des troubles en relation de causalité avec l'accident. Par conséquent, d'éventuelles erreurs médicales (dont la preuve n'est d'ailleurs pas rapportée) ou complications ne sauraient être mises à la charge de l'assureur-accidents.

Enfin, il sied de relever que l'avis du docteur B_____ est corroboré par divers autres praticiens ayant eu à connaître du cas de la recourante, notamment l'expert mandaté par l'intimée en procédure administrative et le témoignage de son médecin conseil par-devant la Juridiction de céans. Toutefois, pour les raisons exposées ci-

dessus, il n'était pas possible de se fier aux conclusions du docteur T_____ sans autre examen du cas par un spécialiste.

Pour terminer, on mentionnera qu'au vu de l'exhaustivité et de la clarté du rapport d'expertise, nul n'est besoin d'entendre le docteur B_____ comme le requiert la recourante.

6. Il suit de ce qui précède que le lien de causalité naturelle ne subsistant pas au-delà du 3 décembre 2001, la décision attaquée ne peut qu'être confirmée. Aussi, le recours sera rejeté, sans frais ni dépens (gratuité de la procédure).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant au fond

1. Rejette le recours.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le