

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Schmutz et Gutmann
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

M._____, à Nyon, recourant, représenté par Fortuna Compagnie
d'Assurance Protection Juridique SA

et

N._____, à Lausanne, intimée

Art. 6 al. 1 LAA; 4 LPGA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré) est assuré auprès d'N. _____ pour les accidents professionnels et non professionnels par l'intermédiaire de son employeur, l'U. _____ à Genève. Le 8 décembre 2005, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il participait avec l'équipe de l'U. _____ à une compétition de judo.

Le rapport faisant suite à l'IRM pratiquée le 12 janvier 2006, établi par le Dr L. _____ du service de radiologie et médecine nucléaire de l'Hôpital Q. _____ indique que cet examen a été effectué en raison d'une symptomatologie douloureuse persistante au genou droit. Il a révélé un discret œdème traumatique au niveau de l'aspect interne du condyle fémoral interne pouvant être en rapport avec une contusion, éventuellement avec une élongation du ligament collatéral interne, qui est cependant intact. En revanche, le spécialiste a observé un hypersignal diffus et mauvais de limitation du ligament croisé antérieur, notamment dans sa portion craniale, évoquant une élongation traumatique, ainsi qu'un épanchement articulaire abondant. Il n'a pas constaté de lésion méniscale.

Le rapport opératoire établi par la Dresse P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Meyrin, à la suite de l'intervention chirurgicale du 30 janvier 2006 indique notamment ce qui suit :

"(...)

Diagnostic : Fracture du cartilage du condyle fémoral interne en zone de charge sur 2 cm².

Intervention : Arthroscopie et débridement lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne genou dt

Indications opératoires : Le 8.12.05 reçoit un coup de pied contre le genou droit en pratiquant un combat de judo entraînant des vives douleurs du compartiment interne et blocage à répétition. L'IRM n'est pas conclusif pour une déchirure méniscale interne stade III. Aucune amélioration malgré un traitement par AINS et mobilisation.

Les dernières semaines, exacerbation et le patient marche avec un flexum en permanence afin d'éviter la douleur et le sentiment d'être mécaniquement bloqué. L'examen clinique fait suspecter une lésion cartilagineuse et/ou une désinsertion du ménisque interne.

(...)

Compartiment supra patellaire : Le cartilage de la rotule présente une très discrète condropathie stade I. Pas de plica visible.

Compartiment interne : Le ménisque interne est inséré partout mais présente un aspect légèrement instable dans sa partie moyenne et postérieure sans qu'on puisse luxer une partie. Une légère rougeur est constatée le long de l'insertion périphérique de la corne moyenne et au début de la postérieure, compatible avec une cicatrice après une désinsertion. Je laisse le ménisque tel quel. Le cartilage, par contre, au niveau du condyle fémoral interne, présente une lésion en V couché profonde sur environ 2 cm² en zone de charge, expliquant les accrochages, pseudo-blocages ressentis par le patient (cf. photo). Le fragment est très instable à la palpation et se trouve entièrement dans le cartilage et non de l'os sous-chondral, raison pour laquelle j'opte pour une résection du fragment et égalisation de la surface au shaver. Le cartilage du plateau tibial interne est intact.

Pivot central : Aspect normal avec les deux ligaments croisés, bien insérés et tendus.

Compartiment externe : Cartilage et ménisques sans particularité.

(...)"

La déclaration de sinistre LAA établie par l'employeur de l'assuré le 15 février 2006 indique une lésion au genou droit (entorse), à la suite d'un "coup" reçu dans le cadre d'une compétition de judo.

Dans le rapport médical initial du 27 mars 2006, la Dresse P._____ indique que l'assuré présente une fracture cartilagineuse du condyle fémoral interne du genou droit, qu'il a été en incapacité totale de travail du 30 janvier 2006 au 7 février 2006, mais a repris son activité professionnelle à 100 % dès le 8 février 2006. Elle précise que la fin du traitement est prévue pour mi-avril 2006.

Dans un avis médical du 19 juin 2006, le Dr K._____, médecin-conseil d'N._____, indique que l'intervention chirurgicale du 30 janvier 2006 est probablement en relation de causalité avec l'événement

du 8 décembre 2005, que la suite devrait être favorable, mais qu'en cas de rechute, il conviendra de rediscuter immédiatement le cas.

Le 10 octobre 2006, l'assuré a indiqué à N. _____ que le traitement médical n'était pas terminé, qu'il avait consulté la Dresse P. _____ le 2 octobre précédent pour une inflammation du genou droit et qu'il devait retourner la consulter dans quelques semaines.

Au début du mois de février 2007, l'assuré a informé N. _____ que la Dresse P. _____ lui avait prescrit des séances de physiothérapie chez une physiothérapeute à Gland, qu'il avait également consulté le Dr G. _____, de l'Hôpital Q. _____ à Meyrin, qui lui avait également prescrit des séances de physiothérapie chez le physiothérapeute de l'hôpital. Il a précisé que les deux traitements physiothérapeutiques étaient différents.

Dans un rapport médical du 14 février 2007, le Dr G. _____ indique que l'assuré souffrait de douleurs "face post et interne" au genou droit, qu'aucunes circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas, que le traitement prescrit, d'une durée de 3 à 6 mois, consistait en rééducation et en renforcement et qu'un dommage permanent était à craindre sous forme d'arthrose et de douleurs.

Dans un rapport médical du 18 avril 2007, la Dresse P. _____ indique que l'évolution est favorable, qu'il n'y a actuellement aucune douleur, qu'objectivement, elle a constaté un manque de force musculaire. Elle précise que l'assuré a fait une tendinite de surcharge des ischiojambiers, des abducteurs et des quadriceps durant l'hiver 2006-2007, actuellement en rémission, et qu'elle a prescrit de la rééducation musculaire d'entretien. Selon ce spécialiste, un risque de dommage permanent sous forme d'arthrose secondaire du condyle fémoral interne existe .

Dans un avis du 23 avril 2007, le Dr K. _____ expose qu'il lui paraît "très limite" que le traitement actuel soit en lien de causalité avec l'accident, indiquant qu'il ne croit pas au diagnostic différentiel de fracture

du cartilage du condyle interne "en faisant du sport sur une entorse simple". Cela lui paraît d'autant moins probable que l'IRM de départ est très peu inflammatoire dans l'os et ne l'est pas dans la région centrale du condyle. Le Dr K. _____ estime que "la lésion a été révélée, mais non provoquée par cet événement", que le cas a atteint le statu quo sine, au plus tôt en avril 2006 à la fin du premier traitement, au plus tard à la fin des traitements de physiothérapie en avril 2007.

Le 21 novembre 2007, l'assuré a informé N. _____ que les traitements de physiothérapie n'étaient pas terminés.

B. Par décision du 7 décembre 2007, N. _____ a mis fin à ses prestations à compter du 16 avril 2007 au soir. L'assureur-accidents a fondé sa décision sur l'avis de son médecin-conseil, qui considère en substance que les troubles que l'assuré présente ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 8 décembre 2005, de sorte que les conditions pour l'octroi de prestations ne sont plus remplies.

Par courrier du 8 janvier 2008, M. _____ a formé opposition à la décision du 7 décembre 2007. Il a ensuite confié la défense de ses intérêts à Fortuna Compagnie d'assurance Protection Juridique SA.

Par lettre du 24 janvier 2008 adressée au médecin-conseil d'N. _____, la Dresse P. _____ a déclaré s'opposer fortement à la décision de refus de prise en charge du traitement de l'assuré. Elle fait valoir que son patient ne s'est pas fait une "simple entorse du genou", mais qu'il y a eu fracture du cartilage du condyle fémoral interne. Elle relève aussi que son patient n'a jamais consulté ni souffert de ce genou auparavant et que si l'évolution a été excellente dans un premier temps, il n'en demeure pas moins que le pronostic est toujours très incertain à la suite de fractures cartilagineuses. La Dresse P. _____ précise que l'assuré a présenté des rechutes de douleur entraînant une attitude antalgique et une diminution de la force musculaire consécutive nécessitant une rééducation d'entretien musculaire à long terme. Elle indique qu'il est possible que cette "grosse lésion" nécessite à l'avenir une

deuxième intervention chirurgicale comprenant une greffe cartilagineuse, raison pour laquelle elle insiste sur le fait que tout traitement entrepris ou à venir est dirigé pour améliorer les suites de la fracture cartilagineuse. Enfin, elle soutient qu'une "simple interprétation d'une IRM (qui est d'ailleurs un très mauvais examen pour déterminer les lésions cartilagineuses !)" comparée avec sa propre image et palpation transarthroscopique est sans valeur si on veut correctement déterminer la relation entre cause et lésion.

Dans un avis médical du 4 février 2008, le Dr K. _____ relève que le "status per op" ne peut pas faire la différence entre une lésion cartilagineuse accidentelle et une maladie de façon évidente, mais admet que l'IRM n'est pas un bon examen pour juger du cartilage. Il fait toutefois valoir que, lorsqu'une lésion cartilagineuse traumatique importante est présente, elle s'accompagne d'un état inflammatoire sous-chondral "(= dans l'os)", ce que l'IRM ne montre pas, alors que cet examen est très sensible pour cela. Il conclut à la mise en œuvre d'une expertise.

L'expert Dr V. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a déposé son rapport le 16 avril 2008. Il en résulte les éléments suivants :

"(...)

Anamnèse actuelle (selon les dires de l'assuré)

(...)

Alors qu'il combattait, son adversaire qui était devant lui tournant le dos, lui a envoyé un coup de pied dans la jambe droite. Il ne peut préciser sur quel côté du genou, mais il déclare très clairement que sa jambe droite n'était pas en appui, le poids du corps était sur sa jambe gauche. Il a eu mal immédiatement, et a dû arrêter le combat. Le lendemain, le genou droit avait gonflé, et il présentait une difficulté d'extension active de la jambe droite. Il consulte environ une semaine après l'événement son médecin traitant en France le Dr. W. _____, un bilan radiologique du genou droit est pratiqué dans les limites de la norme. Un examen par IRM est pratiqué le 22 décembre 2005, soit deux semaines après l'événement. Les conclusions sont (...).

Monsieur M. _____ consulte alors la Dr. P. _____, qui au vu de l'absence d'amélioration malgré des anti-inflammatoires et de la

physiothérapie, décide et pratique le 30 janvier 2006 un bilan arthroscopique du genou droit. Celui-ci est normal à part au niveau du cartilage du condyle interne (...).

L'évolution est moyenne, avec récupération fonctionnelle complète, diminution des douleurs, mais persistance de celles-ci, mécaniques, essentiellement à la reprise de l'entraînement de judo qui se fait une fois par semaine. Il ne fait plus de combat.

La physiothérapie est poursuivie jusqu'à ce jour, avec durant l'année 2007 une récupération de la force et du volume musculaire. Il n'y a pas d'auto rééducation par vélo ou natation.

Plaintes lors de la consultation (selon les dires de l'assuré)

Il se plaint d'une gêne un peu continuelle plus qu'une douleur estimée à 1/10 sur l'échelle EVA. Pas de douleurs durant l'entraînement de judo qui est assez intense durant deux heures, mais douleurs le lendemain durant quelques jours, si non traitées et qui passent en $\frac{1}{4}$ d'heure voir $\frac{1}{2}$ heure s'il prend un anti-inflammatoire.

Status

Homme de 37 ans, se présentant ponctuellement à la consultation, non quérulent, répondant précisément aux questions, ne donnant pas l'impression de majorer ou d'exagérer ses plaintes. Mince, musclé, athlétique (...)

Appréciation du cas et diagnostics

Il s'agit d'un homme de 35 ans en date de l'accident, pratiquant le judo depuis son plus jeune âge, ayant pratiqué de la compétition au niveau régional en France et en Suisse, soit deux entraînements par semaine, plus les matches et les tournois. Il n'a jamais présenté de blessure durant ses combats, a toujours pesé autour des 66 kg; il reconnaît avoir pris 6 kg depuis son opération.

Si l'on analyse le mécanisme lésionnel, il a semble-t-il reçu un coup de pied nu sur sa jambe droite qui n'était pas en appui à l'occasion d'un combat, lui occasionnant un mouvement un peu d'hyperextension, la jambe étant presque tendue; il ne se rappelle plus exactement si son adversaire était devant lui le dos tourné. La douleur a été immédiate, et il a dû arrêter le combat. Ceci s'est toutefois déroulé très vite comme il le déclare.

L'examen par IRM fait deux semaines après l'accident, ne montre pas de contusion osseuse, sauf une très discrète hyperdensité très localisée près de l'insertion du LLI.

Est-il possible qu'un coup de pied nu, sur une jambe qui n'est pas en appui, puisse entraîner une lésion cartilagineuse (grade III puisque n'allant pas jusqu'à l'os sous chondral) du cartilage condylien de l'articulation fémoro-tibiale, sur une surface de 2 cm² ?

Ceci me semble très difficile. En effet, le mécanisme lésionnel est inadéquat, un coup en arrière sur un genou tendu entraînerait plutôt un mécanisme d'hyper-extension, une entorse avec lésion du ligament croisé antérieur, voir lésions méniscales ce qui n'a pas été le cas ici. Très souvent, dans ce type de mécanisme, on voit une contusion osseuse sur le condyle, et parfois également sur le plateau tibial. Dans les mécanismes de chocs plus latéraux, on peut voir un mécanisme en valgus, avec une distension du ligament latéral interne, voire une lésion méniscale ce qui n'est à nouveau pas le cas ici. Lorsque la jambe est tendue, le coup de pied atteint principalement la rotule ou la trochlée, mais difficilement la zone en charge. Enfin dans les mécanismes en cisaillement du cartilage, le plateau tibial est atteint de façon préférentielle au condyle, ce qui n'est pas du tout le cas ici.

En contre-partie, la mise en évidence d'une lésion chondrale loco-classico pour les lésions cartilagineuses débutantes, chez un homme de 35 ans, n'est pas inhabituelle, particulièrement lorsque celui-ci a pratiqué pendant longtemps, ce qui est le cas de Monsieur M._____, une activité sollicitant énormément les genoux, ce qui est le cas dans le judo et/ou la course à pieds qu'il a longtemps pratiqués.

Pour ces raisons sur le plan de la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA, je dirai que la mise en évidence d'une lésion chondrale que je qualifierai de grade III en zone de charge du condyle n'est que possible avec l'événement du 8 décembre 2005. La notion de post-traumatique n'est que chronologique et non pas étiologique causale. Je retiendrai une contusion simple du genou qui a mis en évidence une lésion chondrale condylienne pré-existante.

La simultanéité des événements n'a pas force probante en LAA, et il est courant qu'à l'occasion d'un traumatisme bénin, il soit mis en évidence des lésions chondrales moyennes ou avancées, voire une arthrose chez quelqu'un qui n'avait jamais présenté de symptomatologie.

Réponses aux questions

(...)

Question 4 : Diagnostics ?

- Chondropathies stade III loco-classico du condyle interne du genou droit.

- Contusion simple du genou droit.

Question 5 : Question relative à la causalité.

Question 5.a : L'état de santé actuel est-il dû à l'accident (= 50 % ou plus)? Pour quelle raison ? Sinon quels sont les facteurs intervenant dans l'évolution qui jouent un rôle prépondérant ? Quelle est leur importance ?

C.f. appréciation du cas. Je fixerai le statu quo sine à six semaines de l'accident, date au-delà de laquelle la symptomatologie si elle perdurait est en relation de causalité prépondérante avec la condropathie mise en évidence et non pas avec les suites de l'événement du 08.12.05.

(...)"

Par courrier du 17 juillet 2008 adressé à Fortuna Compagnie d'Assurance Protection Juridique SA, la Dresse P._____ a indiqué qu'après lecture du rapport d'expertise du Dr V._____, elle s'opposait toujours aux conclusions de ce rapport et restait sur ses positions quant à la causalité du diagnostic. Elle souligne que ce qu'elle a vu par arthroscopie du 30 janvier 2006 était une lésion du cartilage du condyle fémoral interne purement d'aspect traumatique et non une lésion dégénérative, et relève une fois encore qu'un examen par IRM est un instrument insuffisant pour voir des lésions cartilagineuses.

L'assuré s'est déterminé sur le rapport d'expertise du Dr V._____ le 18 juillet 2008 en se référant à l'avis médical de la Dresse P._____ du 17 juillet 2008 ci-dessus résumé. Il a notamment relevé que l'expert basait à tort ses conclusions sur les résultats de l'IRM effectuée en

décembre 2005 et non sur les constatations de la Dresse P. _____ dans son rapport post-opératoire.

Dans un avis médical du 25 août 2008, le Dr K. _____ relève ce qui suit :

"Les lésions cartilagineuse vues à l'arthroscopie sont effectivement mieux appréciées qu'à l'IRM.

Par contre, il est impossible de faire la différence visuellement entre une lésion accidentelle et une lésion évolutive dégénérative pas encore très importante.

S'il est vrai que les lésions cartilagineuses sont mal visibles à l'IRM par contre cet examen est hypersensible pour les contusions. C'est pourquoi vu l'importance de la lésion cartilagineuse, si elle est accidentelle, qu'il n'y ait pas de contusion d'accompagnement dans la région n'est pratiquement pas possible.

En conclusion, la Dresse P. _____ ne fait pas la différence entre la lésion qu'elle a vue et la spécificité de cette dernière.

Elle ne justifie pas les raisons pour lesquelles il n'y a pas d'œdème intraosseux d'accompagnement.

Il s'agit d'une discussion insuffisante qui ne remet pas en cause la démonstration du Dr V. _____."

Le 14 novembre 2008, le Dr G. _____ a établi un certificat médical en ces termes :

"Je certifie que le patient susnommé a été suivi à ma consultation du 15 janvier 2007 à ce jour pour un traumatisme du genou droit survenu en décembre 2005 à la pratique du judo.

Il a subi un traumatisme direct du genou droit, avec pour conséquence une lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne.

Cette lésion a été attestée par l'arthroscopie, qui a mis en évidence les conséquences de ce traumatisme et a permis d'y remédier.

Le patient n'ayant jamais présenté d'épisode douloureux auparavant, et ce genre de lésion n'étant pas secondaire à une usure naturelle, il est à peu près certain, compte tenu du rapport opératoire, des photos prises en per-opératoire et du traumatisme décrit par le patient, que les plaintes consécutives à cet événement sont à mettre en rapport avec le traumatisme subi.

Par ailleurs, tout en étant de bonne foi, il est admis qu'un IRM peut parfaitement sous-estimer l'étendue des lésions cartilagineuses."

Le 24 novembre 2008, N._____ a requis de l'expert Dr V._____ qu'il se détermine notamment sur l'avis médical de la Dresse P._____ du 17 juillet 2008 et le certificat médical du Dr G._____ du 14 novembre précédent.

Par courrier du 4 décembre 2008, l'expert a indiqué que les documents médicaux qui lui avaient été transmis le 24 novembre 2008 ne modifiaient en rien les conclusions de son rapport d'expertise.

Le 8 décembre 2008, N._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré à sa décision du 7 décembre 2007.

C. Par acte du 23 janvier 2009, M._____, toujours représenté par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru contre la décision sur opposition du 8 décembre 2008. Il a conclu principalement à la réforme en ce sens que lui est octroyée l'intégralité des prestations auxquelles il a droit. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le 17 mars 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par déterminations du 28 avril 2009, le recourant a confirmé ses conclusions et sa requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le 25 mai 2009, l'intimée a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent

à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est ouverte pas sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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).

En l'espèce, compte tenu des fériés de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours a été interjeté en temps utile. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Le recours, qui satisfait aux autres conditions de forme, est recevable.

2. a) Le recourant conteste l'appréciation de l'expert qui nie l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2008 et la lésion chondrale diagnostiquée par la Dresse P._____ lors de l'arthroscopie du 30 janvier 2006. Se fondant sur l'avis médical de cette dernière, corroboré par ses autres médecins traitants, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

En résumé, 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 125 V 351 consid. 3a précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves

ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 cons. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

c) En l'espèce, dans le cadre de l'instruction de l'opposition formée par le recourant à sa décision du 7 décembre 2007, l'assureur-accident a mis en œuvre une expertise, confiée au Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le rapport d'expertise de ce spécialiste est clair et probant. Il a écouté les plaintes de l'assuré, l'a examiné, décrit précisément le mécanisme de l'accident et explique pourquoi, selon lui, le mécanisme lésionnel est inadéquat pour entraîner une telle lésion mais qu'en contrepartie, la mise en évidence d'une telle lésion chondrale n'est pas inhabituelle chez un homme de 35 ans, surtout si celui-ci a pratiqué pendant longtemps une activité sollicitant énormément les genoux ce qui est le cas dans le judo et la course à pied que l'assuré pratique régulièrement. Il explique également pourquoi il retient les diagnostics de chondropathie de stade III loco-classico du condyle interne du genou droit et de contusion simple du genou droit et estime le statu quo sine à six semaines après l'accident. Enfin, il expose que l'IRM ne montre pas de contusion osseuse qui devrait être présente lors d'un choc susceptible de léser le cartilage. Les conclusions auxquelles aboutit l'expert sont donc dûment documentées et motivées. Elles rejoignent celles du Dr K._____, médecin conseil de l'assurance.

De son côté, la Dresse P._____, médecin traitant, ne donne pas d'explication pour justifier comment l'accident aurait pu produire une telle lésion cartilagineuse, et en coup de pied ne saurait être assimilé à un accident à haute énergie (comme un accident de moto).

Cela étant, il faut constater que le rapport d'expertise du Dr V._____ répond aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante de telles investigations et que ses conclusions sont circonstanciées, motivées et convaincantes. Il apparaît dès lors que l'instruction médicale effectuée sur mandat de l'intimée est suffisante et qu'il n'y a pas lieu de la compléter. Au demeurant, aucun élément du dossier ne permet de considérer que la situation médicale du recourant

commanderait qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, étant souligné que le fait qu'un autre chirurgien orthopédique, médecin traitant du recourant, ne partage pas l'analyse de la situation médicale du recourant et les conclusions de l'expert n'est pas en soi suffisant. La requête d'expertise judiciaire formée par le recourant doit par conséquent être rejetée.

3. a) Le recourant fait valoir que la lésion chondrale qu'il présente au genou droit, pour laquelle il réclame le versement de prestations LAA à l'intimée, est la conséquence directe du coup de pied qu'il a reçu le 8 décembre 2005 lors d'une compétition de judo. Se référant au diagnostic et aux explications fournies par le chirurgien orthopédique qui a procédé à une arthroscopie et au débridement de la lésion cartilagineuse (fracture) du condyle fémoral interne, il ne s'agit pas, comme l'ont retenu l'expert Dr V. _____ et le médecin-conseil Dr K. _____ de l'assureur-accidents, d'une lésion d'origine dégénérative devant être prise en charge par l'assurance-maladie, mais d'une lésion assimilable à un accident.

b) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

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 d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit

qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

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*; TF U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} 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*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TF U_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

c) En l'espèce, l'intimée ne nie pas la survenance d'un accident le 8 décembre 2005. Toutefois, se fondant sur l'appréciation de la situation médicale du recourant telle qu'exposée par l'expert et confirmée par son médecin-conseil, elle estime que la lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne du genou droit, qui a encore actuellement pour conséquence des rechutes de douleurs entraînant une attitude antalgique et une diminution de la force musculaire et justifiant pour le moins une rééducation d'entretien à long terme n'est pas dans un lien de causalité

avec dit accident mais est le résultat d'une dégénérescence malade, que l'accident a seulement révélé.

Si on se réfère à l'expertise, dont les conclusions - on l'a vu ci-dessus - sont tout à fait convaincantes, on constate que l'expert, après avoir analysé le mécanisme lésionnel en se fondant sur la description de l'accident telle que la lui a rapportée le recourant, explique qu'il lui paraît très difficile qu'un coup de pied nu sur une jambe qui n'était pas en appui puisse provoquer une lésion cartilagineuse du cartilage condylien de l'articulation fémoro-tibiale sur une surface de 2 cm². Il relève également que l'examen par IRM fait deux semaines après l'accident ne montre pas de contusion osseuse, mais, qu'en revanche, la mise en évidence d'une lésion chondrale loco-classico pour les lésions cartilagineuses débutantes chez un homme de 35 ans n'est pas inhabituelle, particulièrement lorsque celui-ci a pratiqué pendant longtemps, comme c'est le cas du recourant, une activité sollicitant énormément les genoux, en l'occurrence le judo et la course à pied. Il conclut en retenant, au degré de la vraisemblance prépondérante, une contusion simple du genou, qui a mis en évidence une lésion chondrale condylienne préexistante et fixe le statu quo sine à six semaines après l'accident du 8 décembre 2005.

C'est en vain que le recourant fait valoir que l'IRM n'est pas un instrument suffisant pour déterminer les lésions cartilagineuses et que l'examen par arthroscopie effectué le 30 janvier 2006 par la Dresse P._____ a clairement montré la présence d'une lésion du cartilage du condyle fémoral interne d'aspect purement traumatique. En effet, d'une part les explications fournies par le médecin-conseil de l'intimée à ce sujet sont convaincantes : s'il admet que l'IRM est un examen moins adéquat pour distinguer les lésions cartilagineuses, il relève que l'IRM est en revanche hypersensible pour les contusions, que l'examen pratiqué le 12 janvier 2006 n'en a pas révélé, de sorte qu'il n'est pratiquement pas possible, vu l'importance de la lésion cartilagineuse du recourant, qu'elle soit d'origine accidentelle sans accompagnement d'une contusion. D'autre part, force est de constater que la Dresse P._____ ne dit pas sur quels critères elle se fonde pour affirmer que la lésion cartilagineuse est

d'aspect purement traumatique ni en quoi une lésion de cette nature (accidentelle) se distingue d'une lésion cartilagineuse d'origine dégénérative; en particulier, elle ne décrit pas l'enchaînement des phénomènes physiques ou traumatiques qui dans les circonstances de la compétition de judo telles qu'elles ont été exposées par le recourant, pourrait provoquer une telle lésion. Dans ces conditions, on retient, en se fondant sur les explications détaillées et circonstanciées de l'expert - à savoir qu'il lui paraît très difficile qu'un coup de pied nu sur une jambe qui n'était pas en appui puisse provoquer une lésion cartilagineuse du cartilage condylien de l'articulation fémoro-tibiale sur une surface de 2 cm² - et du médecin-conseil de l'intimée - absence d'hématome d'accompagnement à l'IRM - que la lésion cartilagineuse que présente le recourant est de nature dégénérative, que l'accident du 8 décembre 2005 n'a fait que la mettre en évidence et que le statu quo sine a été atteint 6 semaines après l'événement. Pour le surplus, la cour de céans relève que l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202) relatif aux lésions assimilables à un accident ne saurait en aucun cas modifier la situation du recourant quant à ses prétentions. En effet, les lésions mentionnées de façon exhaustive aux lettres a à h de l'art. 9 al. 2 OLAA (fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirure de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions de ligaments et du tympan) sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 et les références). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites. Or, dans le cas d'espèce, ce n'est pas le facteur extérieur et son caractère extraordinaire qui sont litigieux mais le lien de causalité entre celui-ci et la lésion cartilagineuse que présente le recourant, lequel doit être nié pour les motifs exposés ci-dessus.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 8 décembre 2008 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon (pour le recourant),
- N._____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :