

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Dessaux et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier CARRÉ, avocat, à Lausanne,

et

MUTUEL ASSURANCES SA, à Martigny, intimée.

Art. 6, 10, 36 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1982, est institutrice de formation. Elle exerce cette activité à plein temps dans l'enseignement primaire pour le compte de l'État de Vaud depuis 2002.

A ce titre, elle a été assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de La Caisse Vaudoise, reprise avec effet au 1^{er} janvier 2011 par Mutuel Assurances SA (ci-après également : l'intimée).

B. En date du 30 novembre 2006, à l'occasion d'une partie de squash, elle a fait un « faux mouvement » provoquant une torsion du genou gauche. Suite au gonflement de l'articulation et au vu de douleurs persistantes, elle a consulté son médecin généraliste traitant le 26 janvier 2007, qui lui a recommandé les services d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr S. _____.

En dépit de la symptomatologie douloureuse présentée au genou, elle a été en mesure de poursuivre l'exercice de son activité lucrative sans interruption.

Le sinistre a été annoncé par l'État de Vaud au moyen d'une déclaration d'accident ad hoc, adressée à La Caisse Vaudoise le 30 janvier 2007.

Le Dr S. _____ a fait procéder en date du 31 janvier 2007 à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche par le Centre d'imagerie T. _____, dont les conclusions diagnostiques sont les suivantes :

« Lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne sans déchirure visible. Status après probable élongation du ligament croisé postérieur. Pas de signes de rupture du ligament croisé. »

Le praticien susmentionné a établi un rapport médical initial en date _____ du 21 mars 2007, retenant une « élongation [du] LCP [réd. : ligament croisé postérieur] du genou gauche » et préconisant un « traitement fonctionnel avec genouillère souple ».

Le Centre d'imagerie T. _____ a réalisé une nouvelle IRM à la demande du Dr S. _____ le 23 mai 2007, dont il est ressorti ce qui suit :

« Status après élongation du ligament croisé postérieur et probablement du ligament croisé antérieur, mais sans image de rupture à l'IRM. Diminution de l'altération de signal de la corne postérieure du ménisque interne. Accentuation de l'œdème entourant la partie proximale du tendon rotulien. Dysplasie fémoro-patellaire. Ébauche de kyste poplité interne. »

Le Dr S. _____ s'est adressé au médecin-conseil de l'assurance-accidents, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans un rapport intermédiaire du 4 juin 2007, libellé notamment en ces termes :

« [...] Lorsque je vois la patiente pour la première fois le 26.01.2007, le genou gauche est calme, sans épanchement. La palpation et la mobilisation de la rotule sont indolores. Je trouve un Lachmann arrêté dur retardé avec une ébauche du pivot de Shift. Le tiroir antéro-postérieur est augmenté antérieurement pour moi, stable en extension. La flexion et extension sont conservées. Le genou est normoaxé.

Les radiographies standard ne montrent rien de particulier. Suspectant une rupture du LCA [réd. : ligament croisé antérieur] de ce genou, j'ai fait faire une IRM. A mon grand étonnement, elle a montré une élongation du LCP avec un LCA normal. Malheureusement, l'évolution n'est guère favorable. [...]

Cliniquement, il n'y a pas de changement. J'ai toujours un tiroir antérieur et un pivot de Shift. Je fais refaire une IRM. Cette fois-ci, elle montre une élongation du LCP + du LCA...[...]

Malgré les IRM, je persiste à penser que le problème est dû au LCA. J'ai proposé à la patiente une arthroscopie diagnostique afin d'avoir un bilan et de pouvoir lui proposer un traitement ultérieur. [...] »

L'arthroscopie préconisée a été effectuée le 11 juillet 2007, relatant une « rupture partielle du LCA touchant les fibres antéro-médiales ». Une incapacité de travail totale a été prononcée pour une

durée de trois semaines des suites de cette intervention, l'assurée ayant été en mesure de reprendre son activité professionnelle à plein temps dès la fin des vacances scolaires estivales le 27 août 2007.

Son chirurgien traitant, le Dr S._____, a fait parvenir un rapport médical intermédiaire au Dr B._____ le 5 novembre 2007, où il a communiqué les constats et proposition ci-après :

« [...] [L'arthroscopie diagnostique] avait montré une déchirure partielle du LCA et élongation du LCP. Par la suite, la patiente a suivi une rééducation avec tonification du quadriceps, puis de la proprioception. Début septembre 2007, elle a recommencé à faire du sport avec une genouillère, malheureusement sans succès. Suite à une partie de badminton, elle ressent à nouveau des douleurs. Par la suite, elle a eu un épanchement durant quelques jours. Depuis lors, elle se plaint d'une instabilité persistante de ce genou. Elle a beaucoup de difficultés à descendre les escaliers. Elle signale une importante fonte musculaire.

Cliniquement, le genou n'est pas tuméfié, sans épanchement. La palpation et mobilisation de la rotule sont négatives. Les signes méniscaux sont négatifs. Lachmann positif. Ébauche de pivot de shift. Pas de tiroir antéro-postérieur, ni de battements latéraux. FE/EXT [réd : flexion/extension] 130/0/0. Importante atrophie quadricipitale gauche. Le genou est normoaxé.

Actuellement, la patiente est gênée par une instabilité antérieure persistante de son genou gauche. [...] Je pense que dans ces conditions, il est légitime de lui proposer une plastie du LCA. [...] »

La Caisse Vaudoise a refusé la prise en charge de cette nouvelle mesure chirurgicale par courrier du 21 décembre 2007, se fondant sur le rapport du Dr B._____, transmis le 10 décembre 2007, suite à un examen clinique du même jour. Ce médecin-conseil a consigné les éléments suivants sous rubrique « Appréciation du cas » :

« [...] Status après probable entorse bénigne du genou gauche, avec possible lésion de très faible envergure de la surface du LCA, le 30 novembre 2006.

Comme seule séquelle clinique actuelle, on retient une hypotrophie quadricipitale modérée de la cuisse gauche. Je pense que l'inconfort allégué par [l'assurée] (gonalgie antérieure en position assise, à la mise en route et à la marche en descente, associée à une certaine appréhension) est relatif à l'insuffisance de son quadriceps, ce qui n'a rien d'exceptionnel. Le geste chirurgical, suivi d'un programme de rééducation de courte durée et le port d'une orthèse par la suite sont autant de facteurs qui peuvent favoriser ou péjorer une atrophie de ce muscle.

En revanche, l'examen clinique du jour montre a priori l'intégrité du LCA, et accessoirement du LCP.

Dès lors, je pense que l'accent doit être mis sur la récupération de la fonction quadricipitale, avec un plan de réadaptation soigneux et suivi, accompagnant la reprise des activités sportives. Il s'agira d'un suivi qui peut aller jusqu'à 3-6 mois. Il permettra probablement à la patiente de retrouver un status fonctionnel usuel de son genou gauche. En revanche, je ne corrobore clairement pas l'indication d'une plastie du LCA, compte tenu de son status, à réévaluer lorsque la problématique quadricipitale sera réglée. »

L'assurée a finalement renoncé à l'opération en cause et a été adressée par son chirurgien traitant pour avis au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a conclu à « l'intégrité des ligaments croisés antérieur et postérieur » sans autre lésion, dans un rapport du 12 juin 2008.

Elle a également consulté le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et rééducation auprès de la Clinique G._____, lequel a établi un rapport à l'attention de La Caisse Vaudoise le 23 décembre 2008. Il a retenu les diagnostics de « syndrome fémoro-patellaire avec déficit de force excentrique du quad[riciceps] g[auche] et concentrique » et de « dysfonction sous-astragalienne g[auche] », préconisant la poursuite du traitement de physiothérapie pour une durée de deux à trois mois.

Le Dr B._____ a procédé à un second examen de l'assurée le 11 mars 2009, relatant ce qui suit :

« [...] La patiente continue à se plaindre de gonalgies antérieures gauches à l'effort (descente d'escaliers, sport), particulièrement lorsqu'elle doit forcer en avant au badminton, ou à la réception après un saut au volleyball, ou encore au freinage lorsqu'elle fait du snowboard. Des pseudo-lâchages sont décrits à la descente d'escaliers. En revanche, pas de notion d'hydrarthrose ou de crochétages.

[...]

APPRECIATION DU CAS

Status plus de 2 ans après probable entorse bénigne du genou gauche.

On avait initialement évoqué une possible lésion du LCA. Cette dernière, si elle a existé, ne laisse pas de séquelles objectivables (ce qui était déjà le cas en décembre 2007).

Avec un traitement fonctionnel soutenu, la patiente a récupéré une bonne fonction quadricipitale. Il persiste une légère asymétrie de la trophicité musculaire du membre inférieur, en défaveur du côté gauche, mais qui n'a rien d'étonnant pour un membre non dominant d'une sportive. Le même argument peut d'ailleurs expliquer le différentiel au test isocinétique.

Plus de deux ans après l'événement qui nous concerne, je pense que l'assureur accidents peut raisonnablement procéder au bouclage du dossier. En effet, il n'existe actuellement qu'un *syndrome fémoro-patellaire*, en relation avec une certaine désaxation de l'appareil extenseur, sans relation causale avec l'événement du 30 novembre 2006, ceci chez une personne qui met clairement en surcharge répétée ses genoux. »

C. Vu ces éléments, La Caisse Vaudoise a mis un terme à ses prestations à compter du 1^{er} janvier 2009 par décision du 22 avril 2009, considérant que le lien de causalité entre l'accident du 30 novembre 2006 et les troubles présentés au-delà du 31 décembre 2008 n'était pas réalisé.

L'assurée a manifesté son désaccord avec la détermination de l'assureur précité par opposition du 19 mai 2009, complétée le 25 juin 2009, contestant les conclusions - jugées en contradiction avec les constats cliniques - du Dr B._____. Elle a conclu au réexamen de sa situation par un autre spécialiste sous suite de la reconnaissance du lien de causalité entre l'accident du 30 novembre 2006 et le syndrome fémoro-patellaire résiduel diagnostiqué en décembre 2008 par le Dr N._____, déplorant au surplus l'effet rétroactif de la décision litigieuse.

Par décision sur opposition du 24 novembre 2009, La Caisse Vaudoise a rejeté l'opposition de l'assurée, soulignant la jurisprudence fédérale rendue en matière de causalité naturelle et la préexistence de causes étrangères à l'accident. Elle a relevé que le syndrome fémoro-patellaire observé par le Dr N._____ était consécutif à une désaxation de l'appareil extenseur du genou gauche sans relation avec l'événement du 30 novembre 2006 et confirmé les termes de sa décision du 22 avril 2009.

D. Par acte de son mandataire, Me Olivier Carré, du 11 janvier 2010, l'assurée a déféré cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Soulignant les erreurs factuelles et les contradictions contenues tant dans la décision précitée que dans le rapport du Dr B._____ du 11 mars 2009 (comme par exemple eu égard à sa profession ou à l'arrêt

de travail), la recourante s'est prévalu de l'instruction à son sens insuffisante de son dossier en l'absence de toute expertise et d'examen de son genou droit valide, qui auraient cependant été susceptibles de vérifier le diagnostic d'une éventuelle atteinte à la santé dégénérative. Une telle problématique s'avérait par ailleurs peu vraisemblable auprès d'une personne pratiquant raisonnablement le sport et de constitution plutôt svelte. Elle a par ailleurs derechef déploré l'effet rétroactif de la décision initiale du 22 avril 2009, procédé qui ne refléterait pas les usages en matière d'assurances-accidents. Partant, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 24 novembre 2009 et, principalement, à la reconnaissance de son droit aux prestations au-delà du 31 décembre 2008, subsidiairement au renvoi de la cause à La Caisse Vaudoise pour instruction complémentaire.

Cet assurance a produit sa réponse le 10 février 2010, considérant que les investigations effectuées et dûment soumises à son médecin-conseil s'avéraient suffisantes pour déterminer un éventuel lien de causalité entre les troubles présentés et l'événement du 30 novembre 2006. Elle a souligné que le Dr B. _____ avait procédé à deux examens de la recourante et que son appréciation remplissait les critères jurisprudentiels pour être suivie. En outre, elle a relevé que le raisonnement de l'assurée consistait en un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », impropre à établir un lien de causalité entre l'accident et la symptomatologie constatée. Elle a ainsi conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée.

L'assurée a répliqué le 21 avril 2010, produisant notamment de nouveaux rapports médicaux, sollicités auprès des Drs N. _____ et P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier, après avoir pris connaissance des pièces versées au dossier de la cause, a indiqué ce qui suit à l'attention de Me Carré en date du 21 avril 2010 :

« [...] Il est évident qu'il s'agit d'un traumatisme, voire d'un accident selon la notion juridique.

Cette jeune femme âgée de 28 ans n'a jamais présenté d'antécédents de traumatisme au genou gauche jusqu'au 12.02.2007 (sic).

Malgré le traitement conservateur mené par le Dr S. _____, chirurgien orthopédiste à [...], l'évolution n'a pas été favorable. La patiente a continué à avoir des douleurs et une instabilité du genou. Malgré les rapports des deux IRM du genou gauche effectués en 2007, la consultation chez le Dr F. _____ à [...] et la visite chez le médecin-conseil du Groupe Mutuel, le Dr B. _____, la seule vérité qui compte, c'est l'examen direct par arthroscopie effectué le 11.07.2007. Sur les images vidéo du DVD on peut très bien voir, à moins qu'on ne soit de mauvaise foi, la déchirure partielle de l'insertion proximale du LCA. [...] »

La Caisse Vaudoise a persisté dans ses précédentes conclusions par écriture du 25 juin 2010, se basant sur un nouvel avis du Dr B. _____ du 12 mai 2010, lequel a fait part des observations suivantes :

« [...] On ne conteste pas la possibilité d'une lésion partielle du LCA, dans les suites de l'événement survenu le 30 novembre 2006. On précise cependant que ladite lésion, si elle a existé, fut manifestement de faible envergure, non détectable à l'IRM. Elle a été suggérée lors de l'arthroscopie. Quoi qu'il en soit, cette lésion ne laisse pas de séquelles cliniquement objectivables deux ans après, dans le sens d'une laxité pathologique, puisque le test de Lachmann est négatif, alors que le test plus nuancé, au rollimeter, donne des valeurs superposables à celle du genou controlatéral.

Une asymétrie de la musculature quadricipitale, en dehors de quelques pathologies rhumatismales, neurologiques, ou encore du diabète, n'est usuellement pas observée. Ceci n'implique pas qu'elle n'existe tout simplement pas. Une telle asymétrie peut parfois être constatée chez les sportifs pratiquant des élans répétés (saut en hauteur, saut en longueur, éventuellement basket, badminton, etc), surchargeant le membre d'appel.

Cette patiente présente, en outre, une désaxation de son appareil extenseur, assez conséquente. À elle seule, cette pathologie peut expliquer la surcharge fémoro-patellaire, elle-même pouvant aussi impliquer une épargne relative (autoprotection) du membre concerné.

Lorsqu'on diagnostique une lésion anatomique du genou, dont l'évolution tend vers la guérison, on s'attend à la récupération fonctionnelle, avec un délai qui peut varier de cas en cas. Cette récupération est généralement tributaire de l'importance de la lésion initiale, accessoirement des éventuelles complications (infection, dystrophie réflexe, retard thérapeutique, etc), rarement d'une non collaboration de la part du patient. Sans ces aléas, la récupération est donc la règle dans les semaines ou les mois qui suivent. Durant cette période de rétablissement, on peut observer une surcharge fémoro-patellaire, qui s'associe généralement à une fonction sub-optimale, et transitoire, du quadriceps.

C'est ainsi que je réitère l'hypothèse que la persistance d'une modeste asymétrie quadricipitale, plus de 2 ans après l'événement

qui nous concerne, alors que la lésion initiale supputée fut de faible envergure, doit faire rechercher une autre étiologie. Dans le cas présent, la problématique de l'appareil extenseur du genou (désaxation) et, accessoirement, la notion de membre non dominant, peut être tenue comme responsable (causalité pour le moins probable). [...] »

La recourante a fait parvenir des pièces complémentaires le 4 octobre 2010, dont des clichés de ses jambes destinés à démontrer l'absence de désaxation, telle qu'évoquée par le Dr B. _____, ainsi que la perte de musculature du côté gauche. En outre, une nouvelle appréciation du Dr P. _____ était jointe à son envoi, où étaient relevés les éléments ci-après :

« [...] Le Dr B. _____ affirme que si la lésion partielle du LCA existe, elle est de faible envergure et non détectable à l'IRM. Comme je vous l'ai affirmé précédemment, le gold standard c'est l'arthroscopie, cette lésion a été visualisée et non pas suggérée comme le dit le Dr B. _____. Par ailleurs, les 2 rapports d'IRM en date du 31.01.2007 et 23.01.2007 [recte : 23.05.2007] sont légèrement différents alors qu'aucun événement ne s'est produit entre ces 2 examens. Sur la première IRM, on parle d'une lésion méniscale stade II et un status après probable élongation du ligament croisé postérieur sans signe de rupture du ligament croisé antérieur. Sur le 2^{ème} rapport en date du 23.05.2007 on parle d'un status après élongation du ligament croisé postérieur et probablement du ligament croisé antérieur mais sans image de rupture à l'IRM.

Lors du premier rapport, on ne parle pas vraiment de la rotule alors que lors du 2^{ème} rapport on parle d'une trochlée fémorale dysplasique, une hypoplasie modérée de la facette interne de la rotule mais qui reste normalement centrée sur la trochlée.

Concernant l'affirmation qu'une asymétrie musculaire quadricipitale peut être parfois observée, c'est de pure spéculation d'ordre général sans pouvoir être étayée par différentes études de la littérature si elle existe !

Au paragraphe 3, il s'agit d'une observation subjective : désaxation de son appareil extenseur assez conséquente. L'examen radiologique, demandé par le Dr B. _____ le 13.03.2009 également au Centre d'imagerie T. _____ parle d'une rotule centrée et des rapports articulaires préservés ce qui correspond à l'IRM effectuée le 23.05.2007. S'il existe vraiment une désaxation de l'appareil extenseur, cette anomalie était sûrement présente avant l'événement du mois de novembre 2006. Dans cette éventualité, la patiente, selon la théorie du Dr B. _____ devrait présenter une amyotrophie de la cuisse depuis son plus jeune âge.

Par ailleurs, si on veut vraiment savoir s'il y a une désaxation de l'appareil extenseur, en principe, on devrait faire la mesure de la TAGT (tubérosité antérieure - gorge trochléenne). Cet examen n'a pas été effectué. Il pourrait démontrer une éventuelle désaxation bilatérale, symétrique !

Au dernier paragraphe de la page no 1 le Dr B. _____ parle d'une récupération fonctionnelle tributaire de l'importance de la lésion initiale. Si la patiente n'a pas récupéré cela veut dire que la lésion initiale était probablement importante. [...]

Par contre, je suis étonné du fait que les constatations (directes, live) de l'arthroscopie du Dr S. _____ sont peu prises en considération et partiellement contestées, ce qui d'un point de vue déontologique n'est pas acceptable. [...] »

Mutuel Assurances SA (anciennement La Caisse Vaudoise) s'est déterminée sur le complément fourni par la recourante par écriture du 7 janvier 2011 et produit une analyse du Dr B. _____, effectuée le 9 décembre 2010, lequel a notamment exposé ce qui suit :

« [...] Une lésion partielle majeure du LCA guérit rarement ou jamais de manière complète. Elle laisse pour ainsi dire toujours une laxité résiduelle, qu'elle soit mineure (2-3 mm au Lachmann ou au rollimeter) ou majeure (4mm ou plus). En réalité, dans ces cas, le ligament cicatrise soit en position de relative détente, gardant ses attaches osseuses (ce qui laisse une laxité résiduelle mais un arrêt net au Lachmann), soit en se couchant sur le LCP, après s'être détaché proximale (ce qui laisse une laxité et un arrêt intermédiaire).

En ce qui concerne l'affirmation concernant une asymétrie musculaire, déjà abordé dans mon dernier rapport, elle est bien réelle. Elle est connue chez des sportifs pratiquant un sport d'élan. A titre comparatif, elle est aussi présente au membre supérieur chez certains sportifs qui pratiquent un sport de raquette (ex. tennis), surtout s'ils ne pratiquent pas la musculation compensatrice. [...]

Finalement, on est en face d'une patiente qui a subi une lésion ligamentaire au genou, lésion qui n'a pas laissé de séquelle anatomique localisée, élément objectivé lors de l'examen clinique fait par le Dr F. _____ en juin 2008, et lors de mes deux examens ultérieurs. Ça c'est le côté objectif du problème.

De l'autre côté, vous avez le Dr P. _____ qui n'a pas examiné la patiente, et use une argumentation par moments peu cohérente, basée uniquement sur des éléments radiologiques, alors que l'essentiel de l'appréciation dans un tel cas reste clinique. [...] »

Le 15 mars 2011, la recourante s'est déterminée une nouvelle fois, annexant diverses pièces médicales, dont un rapport d'imagerie émanant du Centre d'imagerie R. _____ du 8 mars 2011, lequel fait état de la mesure de la distance TAGT, évoquée par le Dr P. _____, à savoir :

« [...] En extension, la distance TAGT relevée à droite est mesurée à 1.46 cm, valeur dans les limites de la norme, retrouvée également, sans asymétrie significative à 1.6 cm du côté gauche. En flexion des genoux, la distance apparaît normale, mesurée à 1.3 cm à droite, modérément augmentée à gauche avec une valeur mesurée à 1.8 cm. Cette dernière mesure apparaît toutefois non représentative si

l'on considère l'effet intact prédominant du ligament croisé antérieur en flexion pour cette prise de mesure et, dans le cas présent, un ligament croisé antérieur non fonctionnel rupturé connu. Des deux côtés, l'engagement rotulien apparaît satisfaisant et sans asymétrie significative. »

Se référant une fois de plus à l'opinion du Dr P._____ à l'appui de ses conclusions, elle a mis en exergue les opinions médicales contradictoires sur sa symptomatologie et le fait que seul un événement traumatique pouvait en expliquer la persistance chez une personne de son âge en bonne santé habituelle. Elle a au surplus requis la fixation d'une audience auprès de la Cour de céans.

L'intimée, par écriture du 12 mai 2011, a renvoyé à l'appréciation concrète du Dr B._____, communiquée au terme de deux examens de la recourante, et à ses précédentes écritures, considérant que la cause pouvait être tranchée sur la base du dossier, sans toutefois s'opposer à la tenue d'une audience.

L'audience sollicitée par la recourante a été appointée par le juge instructeur en date du 5 octobre 2011, au cours de laquelle les témoins K._____, amie de la recourante, et J._____, physiothérapeute traitant et compagnon de l'assurée depuis 2008, ont été entendus. Ces derniers ont pour l'essentiel confirmé la symptomatologie douloureuse persistante alléguée par l'assurée. Les parties ne sont au surplus pas parvenues à une conciliation, mais se sont engagées à examiner l'opportunité d'une expertise orthopédique et à entrer en pourparlers en vue du choix d'un expert.

De nombreux échanges de correspondance entre les parties s'en sont suivis à cette fin dans le courant de l'année 2012, toutefois sans succès.

Sur demande de la recourante, le juge instructeur a décidé d'une seconde audience qui s'est déroulée le 4 février 2013, à l'issue de laquelle les parties ont finalement convenu de confier l'expertise orthopédique de l'assurée au

Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-chef auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier L._____.

Le médecin précité a délégué l'examen de l'assurée au sein de ce centre aux Drs Q._____ et Y._____, respectivement médecin assistant et chef de clinique adjoint, sous la conduite de la Prof. W._____. Le rapport corrélatif a été établi le 22 octobre 2013, notamment en ces termes, après un rappel des faits et des pièces du dossier :

« [...] Le 29 juillet 2011, la patiente a fait une chute dans les escaliers avec traumatisme du genou g[auche]. Le bilan radiologique effectué le 30 juillet 2011 n'a montré aucune lésion ostéo-articulaire notable. Une IRM effectuée le 21 septembre 2011 a mis en évidence une entorse du ligament latéral interne grade I-II ainsi qu'une contusion du condyle fémoral externe. L'aspect morphologique des ligaments croisés antérieur et postérieur est jugé normal. La rotule est centrée sans anomalie de signal de la surface. L'évolution de cette entorse du ligament latéral interne a ensuite été favorable.

2. Quelles sont les plaintes de l'assurée à la fin 2008 (état subjectif) ?

[L'assurée] présente des douleurs récurrentes de son genou gauche. Les douleurs sont antérieures et sont exacerbées par la montée et descente des escaliers, par la position assise prolongée, lors du passage de la position assise à la position debout, lors de la position à genoux et lors de la position en tailleur. Lorsque [l'assurée] pratique le volley-ball ou le ski, les douleurs apparaissent après l'arrêt de l'activité sportive. [L'assurée] ne signale pas de tuméfaction mais une sensation de lâchage sans blocage.

[...]

4. Diagnostic fin 2008 :

Syndrome fémoro-patellaire gauche sur déconditionnement musculaire consécutif à une entorse bénigne le 30 novembre 2006.

5. Les troubles du genou gauche constatés au-delà du 30 décembre 2008 (syndrome fémoro-patellaire) sont-ils causés, même partiellement, par l'accident du 30 novembre 2006 de façon : certaine, probable (>50 %), seulement possible ou exclue ?

Au cas où la causalité naturelle a varié au fil du temps, pouvez-vous préciser les différents degrés et périodes ?

[L'assurée] présente un syndrome fémoro-patellaire, une pathologie dont la cause est multifactorielle. Dans la littérature scientifique, la surcharge, le défaut d'alignement et le traumatisme sont les principaux facteurs de risques couramment cités.

Dans le cas de [l'assurée], le défaut d'alignement comme facteur de risque du syndrome fémoro-patellaire semble peu probable. A l'examen clinique, on retrouve certes une légère amyotrophie quadricipitale gauche, mais celle-ci est due à un déconditionnement musculaire consécutif à l'accident du 30 novembre 2006. De plus, l'examen de l'appareil extenseur ne

révèle aucune anomalie, l'angle Q étant dans les limites de la norme et les signes de la baïonnette, du rabot et de Smillie étant négatifs. Enfin, les examens radiologiques (radiographies standards, IRM et TAGT) montrent une rotule centrée et de hauteur normale, une absence de signe de dysplasie fémoro-patellaire, ainsi que des valeurs dans les limites de la norme pour le TAGT.

La surcharge comme facteur de risque du syndrome fémoro-patellaire nous semble également peu probable. [L'assurée] pratique certes de manière régulière des activités sportives comme le volley-ball, le badminton, le squash et le ski, mais au moment de l'accident du 30 novembre 2006, elle ne pratiquait plus aucun sport de manière intensive. De même, dans son activité professionnelle comme enseignante en école primaire, [l'assurée] ne sollicite en aucun cas de manière excessive ses genoux. De plus, [l'assurée] ne présente aucune surcharge pondérale, son BMI étant mesuré à 22 kg/m². Enfin, aucun élément dans les examens cliniques et radiologiques ne permet d'aller dans le sens d'une surcharge comme facteur de risque du syndrome fémoro-patellaire.

Par conséquent, au vu de ce qui précède, nous retenons de façon certaine ou du moins probable, l'accident du 30 novembre 2006 comme principal facteur de risque ayant causé le syndrome fémoro-patellaire dont souffre actuellement la patiente.

6. Des facteurs étrangers à cet accident, jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure (%) ?

Aucun facteur étranger à cet accident ne joue un rôle dans l'évolution du cas.

7. D'autres mesures ou investigations sont-elles indiquées ?

Nous proposons comme mesure thérapeutique un traitement fonctionnel ciblé avec physiothérapie au long cours. »

Par correspondance du 17 mars 2014, la recourante a relevé que les conclusions des experts ci-dessus devaient impliquer la prise en charge des frais afférents au traitement de sa symptomatologie par l'intimée, la relation de causalité de celle-ci avec l'accident du 30 novembre 2006 ayant été qualifiée de certaine ou à tout le moins probable.

L'intimée a adressé sa détermination à la Cour de céans le 22 mai 2014, se prévalant d'un avis du Dr B. _____ du 9 mai 2014 pour qualifier d'incomplète l'expertise réalisée au Centre hospitalier L. _____ et pour maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours. Le médecin-conseil précité a observé ce qui suit eu égard à ladite expertise :

« [...] Cette appréciation me paraît pour le moins simpliste, voire réductrice. On exclut en fait des causes supputées et on en retient celle qui reste !

Il me semble que [l'assurée] pratiquait du sport de manière soutenue au moment de l'événement qui nous concerne. Elle a d'ailleurs repris du sport par la suite, à un rythme toujours soutenu. Une telle activité expose clairement à une surcharge des articulations des membres inférieurs, en particulier des articulations fémoro-patellaires, surtout la pratique de sport qui impose des sauts ou des accélérations/décélérations répétés (squash, basket, volley, etc.). Qu'il y ait ou pas de désaxation de l'appareil extenseur ou une atrophie musculaire régionale.

En outre, les experts n'expliquent pas pourquoi, après une entorse du genou, finalement très modérée, ne laissant pas d'aléa anatomique articulaire, la patiente garde une atrophie musculaire et la surcharge fémoro-patellaire.

Durant les deux ans qui ont suivi le traumatisme, la patiente fut correctement traitée. Elle a surtout bénéficié d'un traitement fonctionnel (physiothérapie) optimal. Elle avait aussi l'opportunité de pratiquer des exercices de tonification musculaire, dans le cadre d'un programme d'auto-entraînement que tout patient apprend lors de ses séances de physiothérapie. C'est cette activité qui sert ensuite au maintien du contrôle de l'appareil extenseur, permettant la reprise des activités sportives, parfois mêmes astreignantes. Au final, l'auto-entraînement représente l'investissement personnel du patient dans l'optique d'une issue favorable de son problème physique.

Avec une physiothérapie optimale, utile dans les suites immédiates du traumatisme, ou encore à moyen terme (dans les deux ou trois ans), et l'auto-entraînement soutenu, on s'attendrait donc à ce que [l'assurée] récupère une fonction suffisante de son quadriceps, et partant de l'appareil extenseur dans son ensemble, ceci même s'il persiste une légère atrophie du muscle.

Il existe en réalité un nombre non négligeable de personnes qui se retrouvent avec une légère asymétrie de trophicité musculaire après un traumatisme d'un membre inférieur, et qui continue à faire du sport, même de manière soutenue. Ceux qui se retrouvent avec une surcharge fémoro-patellaire sont souvent des personnes non sportives ou [qui] ont de la peine à faire ou à assimiler les principes d'auto-entraînement.

Sept ans après le traumatisme, les collègues du Centre hospitalier L._____ proposent à la patiente de refaire de la physiothérapie ! Dans quel but ? Si la symptomatologie n'a pas cédé durant les deux-trois premières années, alors que le suivi fut encore une fois optimal, la patiente ayant la possibilité d'avoir un traitement fonctionnel soutenu, quel effet magique en physiothérapie permettrait de résoudre l'aspect subjectif du tableau de [l'assurée] maintenant (sept ans après) ? [...] »

La recourante a contesté l'appréciation du Dr B._____ en date _____ du 12 juin 2014, mettant en exergue la valeur probante devant à son sens être accordée à l'expertise du Centre hospitalier L._____. Elle a au surplus réitéré ne pas avoir pratiqué le sport de manière intensive et réfuté tout sous-entendu relatif à son manque de compliance éventuel à l'auto-entraînement qui lui a été prescrit.

Mutuel Assurances SA a persisté à conclure au rejet du recours par écriture du 1^{er} juillet 2014, estimant que le raisonnement a contrario relatif aux causes du syndrome fémoro-patellaire présenté par la recourante, tel que développé par les experts du Centre hospitalier L._____, dénuait le rapport correspondant de toute force probante.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expressees (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 et 60 LPGA), devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2008, singulièrement sur la réalisation éventuelle d'un rapport de causalité entre les troubles existants dès cette date et l'événement du 30 novembre 2006.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGa).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1).

3.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition

sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, 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 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du

raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

3.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

4. Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, 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 également en considération les plaintes de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

5. In casu, il ne fait pas de doute qu'une expertise orthopédique de la recourante s'imposait au vu de la variété des opinions de spécialistes, communiquées tant au stade de la procédure administrative qu'à l'occasion de la présente procédure de recours.

En effet, les médecins sollicités par l'assurée, soit les Drs S._____ et P._____, retenant une lésion du ligament croisé antérieur, ont estimé que le traumatisme subi le 30 novembre 2006 était en lien de causalité avec la persistance de la symptomatologie douloureuse. Le Dr N._____ a pour sa part observé un syndrome fémoro-patellaire tout en semblant exclure une origine dégénérative à ce trouble, alors que le Dr F._____ a fait mention de l'absence de toute lésion ligamentaire. Quant au Dr B._____, qui n'a pas clairement exclu une telle lésion, il a considéré l'absence manifeste d'un lien de causalité avec l'événement du 30 novembre 2006 au-delà du 31 décembre 2008.

Les praticiens précités divergent également s'agissant d'une surcharge du genou gauche et de la désaxation de l'appareil extenseur, de même que sur l'origine d'une légère amyotrophie quadricipitale.

Le rapport de l'expertise réalisée au sein du Centre hospitalier L._____ le 22 octobre 2013, que l'on peut certes qualifier de concis, n'en demeure pas moins exhaustif dans la mesure où il répond à satisfaction aux questions en litige dans le dossier de la cause, exception faite de celle liée à une éventuelle lésion ligamentaire des suites immédiates de l'événement du 30 novembre 2006.

Les spécialistes du Centre hospitalier L._____ ont en effet procédé à l'étude de l'ensemble des pièces du dossier médical constitué en l'espèce et ont fait part des éléments pertinents de l'anamnèse de l'assurée pour parvenir à des conclusions sans équivoque sur la causalité - jugée certaine ou pour le moins probable - entre l'événement du 30 novembre 2006 et la symptomatologie douloureuse persistante dont souffre la recourante.

Tout en conduisant des investigations minutieuses de l'assurée, les experts ont examiné les nombreuses explications évoquées par les précédents spécialistes consultés. Quoi qu'en dise l'intimée, plus particulièrement son médecin-conseil, ils ont réfuté par des arguments parfaitement convaincants, certaines théories au profit des plus probables, sur la base de leurs constats cliniques, au demeurant exposés précisément dans le rapport du 22 octobre 2013.

Leurs conclusions sont d'ailleurs motivées par des explications claires et les détails de leurs observations objectives, ce qui implique sans conteste qu'elles emportent la conviction.

Au surplus, l'opinion du Dr B._____, bien que fondée sur des examens de la recourante, est entachée d'imprécisions anamnestiques et relève souvent de généralités que les experts du Centre hospitalier L._____ ont écartées après analyse méticuleuse du cas concret.

Le rapport du 22 octobre 2013 remplissant les réquisits jurisprudentiels cités supra sous considérant 4 doit en conséquence se voir accorder pleine valeur probante. Il convient dès lors de considérer le

caractère traumatique à l'origine de la symptomatologie affectant la recourante au genou gauche.

Partant, il y a lieu de se rallier à la position de l'assurée et de considérer l'existence certaine ou en tous cas probable d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 30 novembre 2006 et les troubles présentés au-delà du 31 décembre 2008.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

6.2 La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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 139 V 327 consid. 3.3.1 ; 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur

extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée un accident doit être niée, dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

La jurisprudence a encore précisé que lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, mais qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, cette dernière doit être considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident (voir par exemple l'arrêt 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1 ; TF 8C_872/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3).

Dans le cadre des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que les lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3 avec les références citées).

6.3 Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2 ; TFA U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3 et U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

6.4 En l'espèce, l'on ajoutera à toutes fins utiles qu'il est incontesté par les parties que l'événement du 30 novembre 2006 constitue un accident au sens entendu par l'art. 4 LPGA.

Les conséquences de cet accident - en termes de diagnostics - sont toutefois demeurées peu précises, y compris à ce stade de la procédure, dans la mesure où les différents spécialistes consultés divergent quant à la présence d'une lésion du ligament croisé antérieur, alternativement du ligament croisé postérieur du genou gauche.

Le Dr S. _____ a pris en compte, à l'issue de l'arthroscopie du 11 juillet 2007, une « rupture partielle du LCA touchant les fibres antéro-médiales », corroborée par le Dr P. _____ sur dossier et plus ou moins contestée _____ par _____ le Dr B. _____. Depuis 2008, est uniquement évoqué un « syndrome fémoro-patellaire », tel que retenu par le Dr F. _____ et les experts du Centre hospitalier L. _____, sans que ces derniers n'aient commenté plus avant le diagnostic retenu par le Dr S. _____ par le biais de l'arthroscopie susmentionnée.

Cela étant, point n'est besoin en l'état de dissiper ces doutes diagnostiques, sans incidence immédiate sur le droit aux prestations de l'assurée, compte tenu des conclusions communiquées par le Centre hospitalier L. _____ le 22 octobre 2013.

Il n'en demeure pas moins que cette question aura son importance dans le cadre de la détermination ultérieure du statu quo sine vel ante par l'intimée, à laquelle il appartiendra de se prononcer clairement sur le diagnostic de lésion d'un ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA et d'appliquer cas échéant la jurisprudence citée supra, notamment s'agissant pro futuro du degré de preuve requis quant au caractère éventuellement dégénératif de l'atteinte à la santé.

7. Vu les développements exposés plus haut (en particulier sous considérant 5), le recours doit être admis et la décision sur opposition querellée annulée.

Il incombe ainsi à l'intimée de servir ses prestations au-delà du 31 décembre 2008 des suites de l'événement du 30 novembre 2006 jusqu'à ce que le statu quo sine vel ante soit effectivement atteint.

Il lui appartiendra de fixer cette date dans une décision spécifique subséquente où elle se déterminera également sur l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA.

7.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

7.2 Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

Compte tenu de la durée de la présente procédure et des mesures d'instruction effectuées (notamment deux audiences auprès de la Cour de céans), il convient de fixer les dépens à hauteur de 3'000 francs.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition, rendue le 24 novembre 2009 par Mutuel Assurances SA, est réformée, en ce sens que le lien de causalité entre l'accident du 30 novembre 2006 et les troubles du genou gauche présentés au-delà du 31 décembre 2008 est reconnu.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Les dépens, arrêtés à 3'000 fr. (trois mille francs), sont mis à la charge de Mutuel Assurances SA.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, à Lausanne (pour V. _____),
- Mutuel Assurances SA, à Martigny,
- 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 :