

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

L._____, à Essert-sous-Champvent, recourante, représentée par Me
Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, à Martigny (VS), intimé.

Art. 6 al. 1 LAA et 11 OLAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée), née le 28 août 1967, est employée à 50% en qualité de secrétaire auprès de J._____ Sàrl et à 50% auprès de G._____ SA comme aide-comptable. A ce titre, elle est notamment assurée contre les accidents par Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après: GMA). Selon la déclaration de sinistre LAA de son premier employeur du 6 février 2007, en date du 2 février 2007 à 18h10, le chien de l'assurée qui avait alors un an et qui pesait 40 kg était content de la revoir arriver du travail; il a couru à sa rencontre et a percuté son genou avec sa tête. Le 6 février 2007, G._____ SA a également complété une déclaration d'accident LAA, selon laquelle le 2 février 2007 à 18h, le bouvier bernois de la collaboratrice avait couru par jeu et sa tête avait percuté son genou gauche. Le type de lésion était décrit en ces termes:

«épanchement de synovie voir + ménisque touché à suivre»

Le travail de l'assurée avait été interrompu dès le 3 février 2007. Selon certificat médical du 3 février 2007 de la Dresse V._____, médecin généraliste FMH, l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% du 3 février au 12 février 2007.

Dans son certificat médical du 12 février 2007, la Dresse V._____ a relevé que sa patiente pouvait reprendre le travail à 100% le 13 février 2007.

L'assurée a subi une IRM du genou gauche le 15 février 2007. Le rapport médical adressé le même jour par le Dr W._____, radiologue FMH, à la Dresse V._____, avait la teneur suivante:

«Contusion osseuse importante du plateau tibial externe très antérieur, sans signe de fracture.
Les ligaments croisés sont intacts. On ne note qu'un discret épanchement intra-articulaire.
Les ménisques ne présentent pas d'anomalie, en particulier pas de déchirure.

En avant de la corne antérieure du ménisque externe, on voit une petite structure hypointense, cartilagineuse ou calcifiée, de 3 x 2 mm, entourée de liquide, située dans le récessus articulaire méniscal, visible sur les séquences sagittales et coronales représentant peut-être une petite souris intra-articulaire. Je n'ai pas l'impression qu'il s'agisse d'une déchirure méniscale.

Les cartilages hyalins et tibio-fémoraux sont dans l'ensemble préservés. On note tout de même une chondropathie focale du condyle fémoral antérieur paramédian externe, chondropathie soit dégénérative soit post-contusionnelle.

La rotule est de type Wiberg II. Son cartilage est préservé, sans œdème osseux sous-chondral. Pas de kyste poplité.

Pas d'anomalie de l'appareil extenseur.

Conclusion

Importante contusion osseuse antérieure du plateau tibial externe en regard duquel on voit une sorte de petite souris de 3 x 2 mm située dans le récessus articulaire méniscal antéro-externe.

Pas de déchirure ligamentaire ou méniscale visible.

Chondropathie du condyle fémoral antérieur légèrement externe, de grade II à III, soit d'étiologie dégénérative soit post-traumatique.»

Interpellée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), assureur accidents de J._____ Sàrl, l'assurée a indiqué par courrier du 16 février 2007 qu'à la suite du choc, elle était tombée sur le côté gauche et qu'elle avait tout de suite ressenti les douleurs. Elle expliquait soulever la jambe depuis le 13 février 2007 quand elle «n'en pouvait plus» et précisait que le traitement médical n'était pas terminé.

Par courrier du 19 février 2007 à G._____ SA, GMA a accusé réception de la déclaration d'accident et l'a informée qu'elle allouerait les prestations légales d'assurance.

Le 23 février 2007, la CNA a adressé une correspondance à GMA aux termes de laquelle elle exposait que cette dernière était compétente, en tant qu'assureur de G._____ SA, dès lors que L._____ avait travaillé en dernier lieu pour le compte de G._____ SA au moment des faits.

Le Dr H._____, chirurgien orthopédiste FMH, a adressé un rapport médical le 20 mars 2007 à la Dresse V._____, qui indiquait ce qui suit:

«Merci de m'avoir adressé votre patiente susnommée que j'avais vue il y a 5 ans à l'Hôpital D. _____ pour une chondropathie fémoro-patellaire de surcharge. Il y a 6 semaines environ, suite à un choc direct par collision de son chien sur son genou gauche, ressent des douleurs assez importantes du compartiment externe postérieur ainsi que parfois du compartiment interne antérieur. Sous traitement par immobilisation, attelle durant 1 semaine, puis repos, la situation s'est légèrement améliorée mais il persiste toujours des douleurs à la marche et parfois au repos. Il ne semble pas qu'il y ait de lâchage mais des phénomènes de pseudo-blocage, l'épanchement reste discret.

A l'examen clinique, la marche se fait sans boiterie et la mobilité du genou gauche est bonne avec une distance talon/fesse de 5 cm alors qu'elle est de 0 à droite. Le genou est calme, sans épanchement, l'interligne externe est sensible en regard de la corne moyenne et postérieure. Par contre les manœuvres méniscales sont négatives. L'interligne interne est sensible également dans la corne antérieure, les manœuvres méniscales sont indifférentes. Je ne constate pas de laxité ligamentaire autant dans le plan frontal que sagittal. Il existe un rabet rotulien avec des craquements à 30° d'extension et un signe de Zohlen sensible et positif.

Le bilan radiologique ne montre rien de particulier (pas de calcification) et l'IRM confirme une chondromalacie de la rotule et du compartiment interne de ce genou gauche. Il existe il est vrai une suspicion de corps étranger en avant du mur antérieur du ménisque, de constitution partiellement cartilagineuse puisqu'elle n'est pas visible sur les radiographies. Le plateau tibial externe montre une importante contusion osseuse en relation avec le traumatisme. J'ai proposé à Madame L. _____ d'éviter les contraintes mécaniques sévères, courses ou flexions forcées accroupies durant 3 mois. Si la symptomatologie devait persister au niveau des pseudo-blocages, une arthroscopie pourra toujours être envisagée. Il me semble primordial dans un premier temps de soigner la contusion osseuse et de garder la découverte éventuellement fortuite du corps étranger en réserve en cas de symptomatologie précise. J'ai orienté Madame L. _____ dans ce sens. Je lui ai également prescrit une cure de chondroprotecteurs durant 2 mois.»

Répondant à des questions de GMA le 10 mai 2007, l'assurée a indiqué que le traitement médical était terminé depuis le 19 mars 2007, avec la précision suivante: «si douleurs reviennent possible et éventuelle opération». Sous la rubrique «remarques», elle mentionnait «sous réserve d'une opération à l'avenir si nécessaire selon Dr H. _____ à X. _____».

Par courrier du 31 mai 2007 à l'assurée, GMA a pris note que le traitement était actuellement terminé, en la priant de l'avertir au préalable si une intervention chirurgicale devait éventuellement être

nécessaire à l'avenir, afin qu'elle puisse obtenir les renseignements médicaux nécessaires à la garantie de la prise en charge de cette opération.

B. Selon une fiche téléphonique du 14 avril 2010, l'assurée a été consulter le Dr H. _____ le 12 avril 2010 car les douleurs de son genou gauche s'étaient réveillées (sic) et car elle n'arrivait plus à le plier correctement. Depuis son accident, elle avait toujours ressenti qu'il y avait quelque chose qui coinçait dans son genou. L'intervention envisagée était une arthroscopie et l'enlèvement d'un éventuel corps étranger.

Par décision du 14 mai 2010, GMA a retenu que la responsabilité de l'assurance-accidents obligatoire (LAA) n'était pas engagée pour les troubles présentés par l'assurée, avec la motivation suivante:

«Dans le cas particulier, vous avez subi une contusion au genou gauche le 2 février 2007. Vous êtes allée consulter à trois reprises au Centre médical M. _____, du 3 au 21 février 2007. Le Docteur H. _____ vous a vue en date du 19 mars 2007. Ce n'est qu'au moins d'avril 2010, soit plus de trois ans plus tard, que vous nous avez annoncé vouloir vous faire opérer, votre genou gauche vous faisant toujours souffrir. Au vu de la lésion subie lors de l'accident du 2 février 2007 et de l'absence de traitement médical durant trois ans, notre médecin-conseil considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles annoncés en avril 2010 soient en relation de causalité naturelle avec cet accident.»

Par courrier du 4 juin 2010, l'assurée, représentée par l'avocat Charles Munoz, a formé opposition à cette décision. Elle déplorait que GMA refuse la prise en charge de l'intervention chirurgicale, faisant valoir que celle-ci ne pouvait, sans autre instruction, nier l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 2 février 2007 et les troubles annoncés en avril 2010 par le seul écoulement du temps. Elle se référait au rapport médical du Dr H. _____ du 20 mars 2007, et relevait que GMA aurait dû procéder à une instruction complémentaire s'agissant du lien de causalité entre l'accident de février 2007 et ses douleurs actuelles, cas échéant accepter de couvrir l'opération à venir.

Selon le rapport médical adressé à GMA le 6 septembre 2010 par son médecin-conseil, le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la relation de causalité entre l'événement du 2 février 2007 et la découverte d'une souris articulaire et des chondropathies fémorales et rotuliennes était exclue (0%). Il s'agissait selon ce praticien de pathologies découvertes fortuitement et qui étaient antérieures à l'événement du 2 février 2007, le choc subi par l'assurée ne pouvant en aucun cas être responsable de ce type de lésions (chondropathie et souris articulaire). L'événement du 2 février 2007 avait été responsable d'une contusion osseuse du plateau tibial externe, sans lésion méniscale ou ligamentaire. L'arthroscopie du genou proposée par le Dr H._____ lors de sa consultation du 12 avril 2010 ne concernait pas les suites de l'événement du 2 février 2007, une contusion osseuse guérissant spontanément et sans traitement.

Par décision sur opposition du 29 septembre 2010, GMA a rejeté l'opposition du 4 juin 2010 et a maintenu sa décision du 14 mai 2010.

C. L'assurée, toujours représentée par l'avocat Munoz, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 octobre 2010, concluant à sa réforme en ce sens que la couverture d'assurance est donnée s'agissant de l'opération qu'elle devrait subir prochainement, subsidiairement à son annulation, pour mise en œuvre d'une instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle critique le rapport du Dr B._____, notamment le fait que ce dernier ait déclaré que la présence d'une souris articulaire et d'une chondropathie fémorale et rotulienne ait été découverte «fortuitement» à l'occasion de l'IRM du Dr W._____ du 15 février 2007, estimant que cette appréciation ne repose sur aucune constatation objective. Elle explique en outre que le Dr W._____ n'excluait pas dans son rapport médical du 15 février 2007 que le problème de chondropathie résulte de l'accident du 2 février 2007; elle fait encore valoir que le fait que plusieurs années se soient écoulées entre l'accident et la «rechute» ne change rien, ce d'autant qu'elle avait informé

GMA en 2007 qu'une arthroscopie pourrait s'avérer utile ultérieurement. Elle relève ensuite que des doutes subsistent s'agissant de l'existence du rapport de causalité, se référant à cet égard à un rapport du 19 octobre 2010 du Dr H. _____ qu'elle produit, pour conclure que l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 2 février 2007 et les douleurs qu'elle ressent actuellement, nécessitant une opération à brève échéance, est plus que probable. Le rapport du 19 octobre 2010 du Dr H. _____ a la teneur suivante:

«[...] J'ai vu la patiente citée en titre à ma consultation la première fois le 21.02.2005 à l'Hôpital D. _____. Elle se plaignait alors d'un dérangement du compartiment interne de son genou gauche, associé à des douleurs fémoro-patellaires. Un bilan radiologique de ce genou gauche a été pratiqué le même jour et interprété par notre médecin radiologue FMH, le Dr K. _____, responsable du service de radiologie de l'Hôpital Z. _____. Vous trouvez ci-joint la copie de son rapport qui ne mentionne aucun corps étranger, ni atteinte osseuse et fait en résumé état d'un genou radiologiquement normal. Suite au traumatisme de février 2007, Mme L. _____ a présenté une importante contusion osseuse du compartiment externe. Elle est dans un premier temps allée au Centre médical M. _____, puis à ma consultation en mars 2007. L'IRM pratiquée le 15.02.2007 confirmait déjà l'importante contusion osseuse du compartiment externe, à proximité du plateau tibial externe, ainsi que la présence d'une souris articulaire de 3 x 2 mm. Le traitement conservateur s'est effectué par un repos en évitant les contraintes mécaniques sévères durant 3 mois. L'évolution a été dans l'ensemble relativement satisfaisante, avec un genou calme. Ensuite, les phénomènes de blocage sont réapparus, en probablement corrélation avec le corps étranger. C'est pour cette raison qu'une arthroscopie de ce genou gauche a été proposée en avril 2010.

Je suis un peu surpris par la conviction profonde de mon confrère le Dr B. _____, que la souris articulaire ne puisse pas être mise en relation avec le traumatisme. Le bilan radiologique de 2005 ne faisait, je le rappelle, aucune mention de souris articulaire et rien ne permet de confirmer qu'il s'agit d'une découverte fortuite en relation avec un état antérieur, la clinique s'étant modifiée entre 2007 et 2010, avec apparition de phénomènes de blocages typiques d'un corps étranger intra-articulaire. Les petites lésions de cartilage de 2 x 3 mm sur un traumatisme sont difficilement analysables comme suites d'arrachement. En effet, le Dr W. _____ signale tout de même une chondropathie du condyle fémoral antérieur, légèrement externe de grade II à III de la classification d'Outerbridge, avec disparition presque complète de l'épaisseur du cartilage. Il me semble important de pouvoir confirmer cette relation de causalité dans une pathologie qui commence à être bien connue et mise en évidence par les résonances magnétiques nucléaires. Cette pathologie post-traumatique due à un choc direct est bien connue en traumatologie du sport et figure dans plusieurs publications dans une littérature spécialisée.»

Dans sa réponse du 14 janvier 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle produit un rapport du Dr B. _____ du 10 janvier 2011, dont il ressort ce qui suit:

«APPRECIATION

L'assurée âgée de 40 ans au moment des faits, a été heurtée par la tête d'un chien à la hauteur du genou gauche le 02.02.2007.

Elle consulte son médecin traitant le lendemain.

La résonance magnétique du 15.02.2007 (2 semaines après l'événement) parle en faveur d'une contusion antérieure du plateau tibial externe et le Dr W. _____ décrit une petite structure de 3x2mm représentant peut-être une souris articulaire située dans le recessus articulaire méniscal antérieur externe. Le Dr W. _____ décrit également une chondropathie du condyle fémoral antérieur légèrement externe, de grade II à III.

Les clichés radiologiques de 2005 et 2007 ne révèlent pas de corps étranger ce qui est habituel puisqu'il s'agit de structures cartilagineuses qui sont "radio-transparentes" donc invisibles sur des clichés radiologiques standard.

Les lésions cartilagineuses focales sont également invisibles sur des clichés radiologiques standard.

L'événement du 02.02.2007 devait être particulièrement bénin puisque le Dr H. _____, qui examine l'assurée 6 semaines après l'événement, constate une marche sans boiterie, une bonne mobilité, un genou calme et sans épanchement. Il décrit un interligne externe sensible en regard de la corne moyenne et postérieure et de l'interligne interne antérieur. Il ne mentionne pas de douleur de la partie antérieure de l'interligne externe ni de la partie antérieure du plateau tibial externe. Il note finalement un rabet rotulien avec craquements à 30° d'extension et un signe de Zohlen sensible et positif.

Cette symptomatologie fémoro-patellaire préexistait à l'événement qui nous concerne, puisque le Dr H. _____ avait déjà posé le diagnostic de "chondropathie fémoro-patellaire de surcharge" et de "dérangement interne du genou gauche" en 2005.

Les lésions cartilagineuses du genou sont très fréquentes puisqu'elles sont découvertes fortuitement chez 2/3 des patients bénéficiant d'une arthroscopie.

Selon Curl, l'incidence des lésions chondrales est de 63% sur plus de 30'000 arthroscopies du genou quelle qu'en soit l'indication.

Elles sont d'origine dégénérative ou résultent, plus rarement, de lésions dystrophiques.

Diverses classifications de ces lésions dégénératives (ou dystrophiques) sont proposées dans la littérature et celle d'Outerbridge est la plus souvent utilisée.

Le stade II correspond aux fissurations et fragmentations du cartilage, de diamètre inférieur à 1.3 cm.

Le stade III correspond aux fragmentations et fissurations du cartilage, supérieures à 1.3 cm avec apparition de lésions en miroir.

Ces fissurations et fragmentations du cartilage entraînent la libération de fragments cartilagineux ceci étant l'évolution naturelle de cette pathologie.

L'origine traumatique des lésions cartilagineuses est rare et celles-ci sont habituellement bien reconnues à l'IRM. Elles se présentent sous la forme de fracture chondrale pure, linéaire, en étoile, avec parfois, clapet ou sous la forme de fracture ostéochondrale, ce qui n'est pas le cas chez cette assurée.

Pour qu'une origine traumatique soit reconnue, il faut un traumatisme majeur (choc à haute énergie, traumatisme axial, torsion avec lésions capsulo-ligamentaires et méniscales ou luxation de rotule par exemple).

On devrait donc retrouver sur l'IRM réalisée 2 semaines après l'événement, des lésions des parties molles, de la capsule articulaire, des ligaments, des ménisques ou des ailerons rotuliens ce qui n'est pas le cas chez cette assurée.

Si diverses publications décrivent ces lésions cartilagineuses après traumatisme, il n'y en a pas qui décrivent ce type de lésion après traumatisme mineur du genou. Dans son courrier du 19.10.2010, le Dr H. _____ n'en cite d'ailleurs aucune.

En conclusion, l'assurée a subi un traumatisme bénin responsable d'une contusion simple du genou gauche, comme en témoigne l'IRM réalisée 2 semaines après l'événement (pas de lésion des parties molles, des ligaments, de la capsule articulaire, des ménisques, des ailerons rotuliens).

La contusion osseuse a bien évolué comme en témoigne l'examen du Dr H. _____ 6 semaines après l'événement (pas de douleur de la partie antérieure de l'interligne externe ni de la partie antérieure du plateau tibial externe, marche sans boiterie, bonne mobilité, genou calme et sans épanchement).

La souris articulaire suspectée sur l'IRM correspond à l'évolution typique d'une chondropathie dégénérative (ou dystrophique) stade II à III.

De plus, ce fragment cartilagineux ne peut pas être responsable de blocages du genou de par sa localisation (dans le recessus articulaire méniscal antérieur) et surtout de par sa taille millimétrique (2x3mm) et sa présence ne justifie pas, à elle seule, une arthroscopie.

Il s'agit donc bien de la découverte fortuite d'un état antérieur sous forme d'une chondropathie dégénérative (ou dystrophique) stade II à III du compartiment externe du genou gauche chez une assurée de 40 ans, déjà connue pour une "chondropathie fémoro-patellaire" et "dérangement interne" du genou gauche depuis 2005.

Cet état antérieur dégénératif (chondropathies et fragment cartilagineux qui en résulte) est sans relation avec l'événement du 02.02.2007.»

Invitée à répliquer, la recourante n'a pas déposé d'écriture.

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 pas ouverte 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, formé le 28 octobre 2010 contre la décision sur opposition du 29 septembre 2010, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante fait grief à l'intimée d'avoir refusé la prise en charge des frais de traitement à venir relatifs à une intervention chirurgicale (arthroscopie du genou gauche), alors qu'elle est d'avis qu'il s'agit d'une rechute de l'événement du 2 février 2007, qui doit être prise en charge par GMA en sa qualité d'assureur-accidents. Le litige porte ainsi sur le point de savoir si GMA était fondée, par sa décision sur opposition du 29 septembre 2010, à refuser la prise en charge de l'opération chirurgicale sollicitée par la recourante, singulièrement sur le point de savoir si les troubles du genou gauche dont se plaint cette dernière sont en relation de causalité avec l'événement du 2 février 2007.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de

causalité naturelle. Cette condition 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. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 c. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 c. 3.1; 129 V 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 c. 3.2).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés 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; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 c. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

l'assurance sociale (ATF 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références citées; TFA U 177/02 du 15 juin 2004 c. 3 et la référence citée).

Selon la jurisprudence, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 c. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 c. 1.3).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 c. 3.2; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 c. 2 et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 c. 5b/bb; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 c. 4.2).

c) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la

santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 c. 3a et les arrêts cités; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 c. 5.3).

3. Par sa décision du 29 septembre 2010, GMA a nié le droit à des prestations pour les troubles annoncés en avril 2010, motif pris de l'absence de lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'événement du 2 février 2007. Elle s'est fondée pour cela sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr B._____ (avis du 6 septembre 2010), selon lequel la relation de causalité entre l'événement du 2 février 2007 et la découverte d'une souris articulaire et des chondropathies fémorales et rotulienne est exclue.

La recourante se prévaut essentiellement du rapport médical du Dr H._____ du 19 octobre 2010. Or ce rapport ne contient pas de motivation en ce qui concerne un lien de causalité entre l'événement de février 2007 et les troubles dont elle se plaint en avril 2010. Il fait par contre état d'une première consultation en date du 21 février 2005, la recourante se plaignant alors d'un dérangement du compartiment interne du genou gauche associé à des douleurs fémoro-patellaires. Le Dr H._____ diagnostiquait alors une chondropathie fémoro-patellaire de surcharge (cf. rapport du Dr H._____ du 20 mars 2007), laquelle est ainsi préexistante à l'événement de février 2007. De l'avis du Dr H._____, les phénomènes de blocage du genou gauche [réd.: d'avril 2010] de la recourante sont «probablement» en corrélation avec le corps étranger se trouvant dans ce genou. Or rien ne permet d'affirmer que ce corps étranger est apparu à la suite de l'événement de février 2007. Selon le Dr H._____ lui-même (rapport du 20 mars 2007 à la Dresse V._____), la constitution du corps étranger, partiellement cartilagineuse, n'était pas visible sur les radiographies. C'est ainsi pour la première fois à l'occasion de l'IRM pratiquée en février 2007 que ce corps étranger a été mis en

évidence, seul cet examen, contrairement à de simples radiographies, ayant permis sa découverte. Le fait que le bilan radiologique effectué en février 2005 ne mentionne pas de souris articulaire ne permet dès lors pas d'affirmer qu'elle n'était pas déjà présente à cette époque. Le Dr B._____ confirme du reste dans son rapport médical du 10 janvier 2011 que les clichés radiologiques de 2005 et 2007 ne révèlent pas de corps étranger, ce qui est habituel puisqu'il s'agit de structures cartilagineuses qui sont «radio-transparentes» et donc invisibles sur les clichés radiologiques standard. A cela s'ajoute encore que deux années se sont écoulées entre les examens effectués en février 2005 et février 2007, puis trois années entre l'événement de février 2007 et l'apparition des troubles signalés en avril 2010. Or de l'avis du Dr B._____, le statu quo sine après ce type d'événement, savoir une contusion osseuse du plateau tibial externe, diagnostic au demeurant non contesté, est habituellement de 6 à 8 mois, l'arthroscopie du genou proposée par le Dr H._____ le 12 avril 2010 ne concernant donc pas les suites de l'événement du 2 février 2007 (rapport du 6 septembre 2010). Le Dr B._____ a en outre analysé l'IRM réalisée deux semaines après l'événement de février 2007. Celle-ci ne fait pas état de lésions des parties molles, de la capsule articulaire, des ligaments, des ménisques ou des ailerons rotuliens, qu'on devrait constater dans un traumatisme majeur, seul capable de causer des lésions cartilagineuses. De plus, la contusion osseuse a bien évolué comme le relève le Dr H._____ dans son rapport du 20 mars 2007: la marche se fait sans boiterie, la mobilité du genou gauche est bonne, le genou est calme, sans épanchement.

Partant, on ne saurait en tout état de cause admettre l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un lien de causalité entre l'événement de février 2007 et les troubles apparus trois ans plus tard.

4. a) Vu ce qui précède, GMA était fondée, par sa décision sur opposition du 29 septembre 2010, à refuser d'allouer ses prestations. Aussi, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision 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 de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Munoz, avocat (pour L._____),
- Groupe Mutuel Assurances GMA SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :