

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Nyon, recourante,

et

X. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. R._____, née en 1947, était employée en 2009 auprès de [...], à Genève. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la X._____ SA (ci-après : l'assureur).

Selon déclaration d'accident bagatelle LAA du 11 décembre 2009, l'employeur de l'assurée a annoncé que le même jour, à 8 heures 30, elle avait glissé en marchant sur une plaque de glace et était tombée sur le genou droit, avec la précision "plaies et contusions". Les premiers soins lui ont été donnés par le Dr C._____, à la Clinique de [...].

Le même jour, un "RX genou droit face/profil/axiale de rotules" a été effectué. Dans son rapport du 14 décembre 2009 à l'intention du Dr C._____, le Dr K._____, radiologue, a constaté une "absence de lésion traumatique osseuse décelable sur ces incidences".

Dans un courrier du 15 décembre 2009 destiné à l'employeur, l'assureur a noté que l'événement n'entraînait pas d'incapacité de travail et que les frais du traitement médical étaient réglés directement.

Sur la formule de déclaration d'accident bagatelle LAA, le Dr C._____ a répondu à l'assureur le 15 décembre 2009 qu'il avait noté une contusion et une dermabrasion au genou droit.

Dans son rapport médical initial LAA renvoyé le 17 décembre 2009 à l'assureur, le Dr C._____ a indiqué qu'il avait donné les premiers soins le 11 décembre 2009, à 9 heures 45, que la patiente lui avait indiqué avoir chuté en sortant du tram et subi un choc au genou droit, qu'il n'y avait pas eu de constatations radiologiques, qu'il avait diagnostiqué une contusion du genou droit et une dermabrasion, que les lésions étaient dues uniquement à l'accident, qu'il avait ordonné une antalgie et un pansement, traitement terminé le 11 décembre 2009, et enfin que

l'incapacité de travail avait été de 100% le 11 décembre 2009, avec une reprise du travail complète dès le lendemain.

Dans un rapport médical intermédiaire du 16 février 2010, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de "contusion genou D le 11.12.09", constaté des "douleurs pré-rotuliennes en montant les escaliers. Pas de signes de pathologie intra-articulaire" et préconisé une observation durant quatre semaines, sans arrêt de travail.

Le 16 avril 2010, l'assurée a informé l'assureur que le traitement médical n'était pas terminé, un examen complémentaire devant être effectué.

Le 18 mai 2010, le Dr T._____, radiologue, a établi l'attestation suivante :

"Echographie du genou droit du 18.05.2010

Indication :

Chute en décembre 2009. Douleur de la rotule et de la patte d'oie. Recherche de tendinite.

Description :

Aspect habituel du tendon quadricipital et du tendon patellaire. Pas de signe de calcification, de tendinopathie ou d'autre anomalie décelable à l'échographie.

Les bourses synoviales pré-patellaire et pré-tibiale montrent un aspect habituel, sans signe d'hypertrophie des parois ni d'épanchement interne. Absence d'hyperhémie au Doppler couleur.

Le ligament collatéral interne et le ligament collatéral externe montrent un aspect normal. Pas de signe de lésion partielle ou parcellaire.

Tendons de la patte d'oie d'aspect normal. Pas de bursite ni de kyste mucoïde décelable à l'échographie.

Absence d'épanchement intra-articulaire. Pas de signe d'anomalie au niveau des ligaments alaire et patellaire."

Le Dr T._____ a adressé au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, un certificat non daté intitulé "Bilan Sigrist du genou droit et IRM du 02.08.10" qui expose ce qui suit :

"Indications:

Chondropathie rotulienne post-traumatique.

Sur le bilan radiologique

Description :

Les radiographies ne montrent pas d'anomalie significative décelable au niveau de l'articulation fémoro-tibiale. Absence de pincement significatif ou d'ostéophytose marginale.

Les clichés en schuss ne montrent pas d'anomalie visible.

Les clichés en défilé fémoro-patellaire ne montrent pas de dysplasie articulaire décelable. Pas de pincement des interlignes articulaires ou d'instabilité des deux rotules.

IRM

Technique :

Images DP SPIR dans les 3 plans, DP sagittales axiales.

Description :

Confirmation d'une fissuration de toute l'épaisseur du cartilage de la facette interne de la rotule associée à un important œdème de l'os de la moelle osseuse avoisinante. Le cartilage de la facette externe montre un aspect habituel.

Minime fissuration partielle du cartilage de l'unité centrale de la trochlée.

Absence d'important épanchement significatif intra-articulaire du kyste de Baker.

Le cartilage de l'articulation fémoro-tibiale garde un aspect parfaitement normal.

Ligaments croisés et ligaments collatéraux ne montrant pas d'altération mise en évidence à l'IRM.

Les ménisques gardent un aspect habituel mise à part une petite lésion interne de grade 2 de la corne postérieure du ménisque externe. Pas de signe de déchirure de grade 3 décelable.

Les tendons péri-articulaires gardent un aspect parfaitement normal."

Le 23 août 2010, le Dr P._____ a adressé au Dr Q._____,
médecin conseil de l'assureur, le certificat suivant :

"1. Diagnostic : Contusion du genou droit ayant entraîné une fissuration du cartilage patellaire.

2a. Evolution et état actuel : cette patiente m'a consulté le 17 juin 2010. Elle présentait un status six mois après un traumatisme par choc direct du genou droit ayant entraîné des gonalgies persistant depuis l'accident. Investiguée dans un premier temps par le Docteur Z._____, on a conclu à une contusion du genou droit. Des contrôles réguliers ont été effectués depuis lors, mais une symptomatologie douloureuse à caractère mécanique persiste au niveau du genou droit.

2. Circonstances sans rapport avec l'accident : Non

3a. Traitement en cours : Le bilan radiologique a été complété par un examen IRM, qui met en évidence une fissuration au niveau du cartilage patellaire.

3b. Propositions / suite de traitement : A huit mois du traumatisme, en raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse et de la chondropathie patellaire, j'ai proposé une visco-supplémentation par trois infiltrations d'Osténil, un traitement de physiothérapie n'ayant apporté que peu d'amélioration.

4. Incapacité de travail : Pas d'incapacité de travail à ma connaissance."

Dans un rapport médical intermédiaire du 31 août 2010 adressé au médecin conseil de l'assureur, le Dr O._____ a constaté des douleurs résiduelle au genou droit suite à la chute du 11 décembre 2009 et indiqué qu'un traitement de physiothérapie avait pris fin le 26 mai 2010.

Le 22 septembre 2010, le médecin conseil de l'assureur a observé que le rapport de causalité entre la contusion du genou et la lésion du cartilage fémoro-patellaire n'était que possible et que l'assurée était âgée de 63 ans.

Dans un rapport du 25 octobre 2010, le Dr Q._____ a encore examiné, avec le Dr V._____, radiologue, le cas de l'assurée après réception du CD de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit et relevé ce qui suit :

"En fait, il ne s'agit pas d'une fissure du cartilage de la facette interne de la rotule, mais d'un foyer d'ostéo-arthropathie et d'une chondromalacie du condyle fémoral interne. L'œdème osseux sur la rotule ne peut être mis en rapport avec l'accident, étant donné que 7 mois se sont écoulés. Cet œdème doit être interprété comme en relation avec une chondromalacie.

Il n'y a plus de rapport de causalité avec la contusion du genou qui remonte à décembre 09, actuellement, à 10 mois d'évolution."

B. Par décision du 11 novembre 2010, l'assureur a mis fin à ses prestations à la date de l'examen IRM le 2 août 2010 en se fondant sur l'avis du Dr Q. _____ pour nier l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et l'état de santé.

Par lettre du 6 décembre 2010, l'assurée a contesté cette décision en soutenant que la lésion interne de sa rotule était clairement la conséquence de sa chute et en produisant un rapport établi le 30 novembre 2010 par la Dresse F. _____, spécialiste en radiologie, qui exposait notamment ce qui suit :

"Examen : IRM du genou droit du 29.11.10.

(...)

Anamnèse, indication : traumatisme avec chute sur la rotule. Evaluation d'une fissuration cartilagineuse et œdème patellaire.

Description:

(...)

- **Structure osseuse et cartilages** : les compartiments interne et externe sont de morphologie normale sans lésion dégénérative significative. Pas d'anomalie de couverture cartilagineuse. Le compartiment fémoro-patellaire démontre la présence d'une encoche cartilagineuse du compartiment interne du versant patellaire avec la présence d'un petit fragment cartilagineux. De plus, on met en évidence la présence d'un œdème de l'os spongieux sous-jacent. Ces aspects sont superposables au comparatif d'août. (...)

- **Ménisques interne et externe** : on observe un discret signe de dégénérescence méniscale du ménisque du compartiment interne avec une lésion horizontale de la corne postérieure. Le ménisque du compartiment externe ne présente pas de lésion significative.

(...)

- **Tendons quadricipal et rotulien** : discrète tendinopathie à l'insertion du tendon quadricipal.

(...)

Plans superficiels et téguments : discrète infiltration des parties molles en avant de la rotule et du tendon rotulien.

Conclusion, proposition :

Lésion cartilagineuse du compartiment interne de la rotule à l'emporte pièce associé à un œdème sous-chondral sans changement significatif par rapport au comparatif d'août.

Lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque du compartiment interne.

Tendinopathie du tendon du quadriceps à l'insertion rotulienne.
Infiltration des parties molles pré-rotuliennes."

Par décision sur opposition du 20 juillet 2012, X. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision du 11 novembre 2010 pour le motif que l'IRM du 30 novembre 2010 ne montrait rien de nouveau par rapport à celle du 2 août 2010. La lésion dégénérative au genou droit était sans rapport démontré avec l'accident et la dégénérescence méniscale n'avait aucun rapport avec le choc, si bien qu'elle n'était pas couverte par l'assurance-accidents.

C. Par acte du 16 août 2012, R. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à la poursuite de la prise en charge du cas par l'assureur. Elle fait valoir qu'elle présente encore des douleurs au niveau du genou et déplore l'absence de prise en compte de l'avis du Dr J. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, qu'elle a consulté pendant plusieurs mois.

A l'appui de son recours, elle a produit une lettre du 8 avril 2011 signée par le Dr J. _____ qui expose notamment ce qui suit :

"Les examens radiologiques (IRM du 29 novembre 2010) montrent une lésion unique du cartilage au niveau du compartiment interne. Elle est décrite comme étant «à l'emporte-pièces».

Ce type de lésion se voit uniquement après un accident.

Dans le cadre d'une atteinte dégénérative, l'atteinte serait plus étendue et moins bien circonscrite."

Dans sa réponse du 9 novembre 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours, en confirmant intégralement les motifs de la décision sur

opposition du 20 juillet 2012 et en produisant un rapport établi le 9 novembre 2012 par son médecin conseil, le Dr Q. _____, qui expose ce qui suit :

"(...)

J'ai en conséquence conseillé à la X. _____ SA de mettre fin à ses prestations à la date de l'examen IRM du 23.10.09, ce qu'elle a fait par courrier du 11.11.10.

Postérieurement à cette décision, Mme R. _____ a consulté le Dr J. _____ chirurgien orthopédiste, qui a fait effectuer un nouvel examen IRM le 29.11.10, comparatif avec celui du 02.08.10. Au niveau de la structure osseuse et des cartilages, il est constaté que *"les compartiments interne et externe sont de morphologie normale sans lésion dégénérative significative. Pas d'anomalie de couverture cartilagineuse. Le compartiment fémoro-patellaire démontre la présence d'une encoche cartilagineuse du compartiment interne du versant patellaire avec la présence d'un petit fragment cartilagineux. De plus, on met en évidence la présence d'un œdème de l'os spongieux sous-jacent. Ces aspects sont superposables au comparatif d'août. La rotule est de type Wiberg II, correctement centrée à la trochlée."*

Cet examen concluait à une *"lésion cartilagineuse du compartiment interne de la rotule à l'emporte-pièce associé à un œdème sous chondral sans changement significatif par rapport au comparatif d'août..."*

Dans un rapport adressé au représentant de Mme R. _____, le 08.04.11, le Dr J. _____ estimait que les *"examens radiologiques (IRM du 29.11.10) montrent une lésion unique du cartilage au niveau du compartiment interne. Elle est décrite comme étant "à l'emporte-pièce". Ce type de lésion se voit uniquement après un accident. Dans le cadre d'une atteinte dégénérative, l'atteinte serait plus étendue et moins circonscrite"*.

Compte tenu de ce qui est observé sur la première IRM du 02.08.10, et étant donné que celle du 29.11.10 ne montre pas de changement significatif de l'état du cartilage fémoro-patellaire, je pense qu'il est correct de maintenir que cette chondropathie est dégénérative. Une chondropathie post-contusionnelle évoluerait aux examens répétés, ce qui n'est pas le cas ici.

Plus significatif encore est le fait que l'œdème osseux est retrouvé sans changement. Si cet œdème était la conséquence d'un traumatisme, il aurait certainement, lui aussi, évolué.

Enfin, contrairement à l'avis exprimé par le Dr J. _____ dans sa lettre du 08.04.11, une atteinte dégénérative du cartilage peut parfaitement être de dimension réduite et être bien circonscrite.

En conclusion, je maintiens l'avis que j'ai exprimé le 25.10.10."

Dans sa réplique du 29 novembre 2012, la recourante s'est référée à l'avis du Dr J._____.

Dans sa duplique du 10 décembre 2012, l'intimée a renoncé à se déterminer davantage, requérant l'audition du Dr Q._____ au cas où le Tribunal déciderait l'audition du Dr J._____.

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 16 août 2012 contre la décision sur opposition du 20 juillet 2012, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, bien que sommairement motivé, il répond aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) et est dès lors recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) 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. Le litige porte sur le maintien du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 2 août 2010.

3. a) 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'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 2 août 2010, des prestations suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 181 consid. 3.2, 129 V 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) D'après l'art. 36 LAA, 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); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est 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 (TF U_149/04 du 6 septembre 2004 consid; 2.3; U_99 du 14 mars 2000; RAMA 1992 U 142 p. 75).

On rappellera que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»); cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 340 ss; arrêt U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b dans RAMA 1999 no U 341 p.

408 ss.). 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.

4. Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement («eine bisher vollständig ungeklärten Frage»), ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative («Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen») ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. En l'espèce, l'examen "RX genou droit face/profil/axiale de rotules" effectué le jour même de l'accident, soit le 11 décembre 2009, conduit le Dr K. _____ à constater le 14 décembre 2009 une absence de lésion traumatique osseuse décelable,- ce qui n'exclut au demeurant pas une autre atteinte traumatique. Bien que ce rapport du Dr K. _____ ait été destiné au Dr C. _____, ce dernier constate le 17 décembre 2009 qu'il n'y a pas eu de constatations radiologiques, en diagnostiquant une contusion du genou droit et une dermabrasion. Le 16 février 2010, le Dr Z. _____ constate des douleurs pré-rotuliennes en montant les escaliers, sans signes de pathologie intra-articulaire. L'échographie, effectuée le 18 mai 2010 par le Dr T. _____, alors à la recherche d'une tendinite, ne constate pas de lésions. Toutefois, après l'IRM du 2 août 2010, le Dr T. _____ indique confirmer une "fissuration de toute l'épaisseur du cartilage de la facette interne de la rotule associée à un important œdème de l'os de la moelle osseuse avoisinante".

Dans son certificat du 23 août 2010 destiné au médecin conseil de l'assureur, le Dr P. _____ diagnostique sur la base de l'IRM en sa possession une "contusion du genou droit ayant entraîné une fissuration du cartilage patellaire", en indiquant que sa patiente présentait un status six mois après un traumatisme par choc direct du genou droit. Le Dr Q. _____, médecin conseil de l'intimée, observe le 22 septembre 2010 que le lien de causalité entre la contusion du genou et la lésion du cartilage fémoro-patellaire n'est que possible, en relevant que l'assurée était âgée de 63 ans. Le 25 octobre 2010, assisté par le radiologue V. _____, le Dr Q. _____ précise, après réception du CD de l'IRM qu'il "ne s'agit pas d'une fissure du cartilage de la facette interne de la rotule, mais d'un foyer d'ostéo-arthropathie et d'une chondromalacie du condyle fémoral interne"; ce médecin nie que l'œdème osseux sur la rotule puisse être mis en rapport avec l'accident, sept mois s'étant écoulés depuis, et met l'œdème en relation avec une chondromalacie, si bien qu'il exclut le rapport de causalité avec la contusion du genou droit après 10 mois d'évolution.

Le 30 novembre 2010, après un IRM du genou droit du 29 novembre 2010, la Dresse F. _____ conclut à une "lésion cartilagineuse interne de la rotule à l'emporte-pièce associé à un œdème sous-chondral sans changement significatif par rapport au comparatif d'août", à une "lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque du compartiment interne" et à une "tendinopathie du tendon du quadriceps à l'insertion rotulienne". En se fondant sur la dernière IRM du 29 novembre 2010, le Dr J. _____ expose le 8 avril 2011 que la lésion unique du cartilage au niveau du compartiment interne décrite comme "à l'emporte-pièces" se voit uniquement après un accident, en précisant que, dans le cadre d'une atteinte dégénérative, l'atteinte serait plus étendue et moins bien circonscrite. Enfin, dans le rapport du 9 novembre 2012, le Dr Q. _____ conteste les observations faites par le Dr J. _____ en relevant qu'une "chondropathie post-contusionnelle évoluerait aux examens répétés", que l'œdème aurait aussi évolué s'il était la conséquence d'un traumatisme et qu'une "atteinte dégénérative du cartilage peut parfaitement être de dimension réduite et être bien circonscrite", si bien qu'il maintient sa position exprimée le 25 octobre 2010.

Sur la base de ce qui précède, force est d'abord de constater que les constatations des médecins ne sont pas identiques au regard des résultats des examens techniques, en particulier des IRM successives. Le RX fait dire au Dr K. _____ qu'il n'y a pas de lésion traumatique osseuse. L'échographie du 18 mai 2010 ne montre pas de lésion, de l'avis du Dr T. _____. La première IRM du 2 août 2010 conduit pourtant le Dr T. _____ à confirmer une fissuration du cartilage, alors que la Dresse F. _____ parle de trois affections distinctes (lésion cartilagineuse du compartiment interne de la rotule, lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque et tendinopathie) sur la base de l'IRM du 29 novembre 2010. De plus et surtout, les Drs Q. _____ et J. _____ parviennent à des appréciations divergentes et irréconciliables au sujet la lésion du cartilage, sans qu'il ne soit possible à la Cour de céans de trancher entre les avis de ces deux médecins. Dès lors, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique, conformément à l'art. 44 LPG, puis

nouvelle décision. L'expert devra en particulier décrire les troubles du genou droit dont souffre la recourante et déterminer si ceux-ci sont à mettre en relation avec la chute du 11 décembre 2009. Ce renvoi est justifié par l'impossibilité de statuer en l'état du dossier présenté par l'assureur, qui est lacunaire.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision sur opposition annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction, puis nouvelle décision.

b) Vu l'issue du litige, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui a procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 juillet 2012 par X._____ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme R. _____,
- X. _____ 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 :