

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Merz et Bidiville
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

C. _____, à [...] (en [...]), recourante, avec élection de domicile (selon l'art. 17 LPA-VD) à Genève,

et

R. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA; 6 LAA; 9 al. 2 et 11 OLAA

E n f a i t :

A. a) C. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1952, est employée à plein temps comme caissière auprès de la société V. _____ SA. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par R. _____ SA (ci-après: R. _____ SA ou l'intimée). Par déclaration d'accident-bagatelle du 15 avril 2011, l'employeur a informé R. _____ SA que le 12 avril 2011 à 8h30, l'assurée s'était blessée au genou droit en cuisine. L'événement était décrit en ces termes: «Coup sur le genou droit provoqué par l'ouverture de la porte de la chambre froide par un collaborateur». A la question de savoir par qui avaient été donnés les premiers soins, l'employeur a répondu: «Pas pour le moment».

b) En janvier 2012, l'employeur a adressé une déclaration de sinistre LAA à R. _____ SA, en faisant état d'une rechute de l'événement du 12 avril 2011, intervenue le 12 janvier 2012, en indiquant que le travail avait été interrompu à cette date et les premiers soins donnés par le Dr M. _____, médecin en [...].

Dans son rapport médical initial LAA du 5 mars 2012, le Dr M. _____ a indiqué que l'assurée l'avait consulté la première fois le 20 décembre 2011. Il posait le diagnostic de lésions méniscales du genou droit, une arthroscopie ayant été effectuée le 12 janvier 2012. Selon le compte rendu opératoire du 12 janvier 2012, l'indication opératoire consistait en une «gonalgie interne droite évoluant depuis plusieurs mois à la suite d'un choc direct. IRM d'avril 2011 retrouvant une lésion de grade 3 de la face intérieure du ménisque interne». Le Dr M. _____ a en outre fait les constatations suivantes:

«Compartiment fémoro-patellaire: RAS.
Compartiment fémoro-tibial interne: cupule érosive de stade 1 du plateau tibial à la partie médiale et postérieure. Au niveau méniscal, on retrouve la lésion précédemment décrite avec un crochetage lors de l'insertion du crochet à la zone postérieure. On décidera d'une ménissectomie économique s'arrêtant en zone 2 de toute la corne postérieure.

Echancrure: LCA tendu.

Compartiment fémoro-tibial externe: lésions radiaires multiples (x3) de la corne moyenne qui seront régularisées à la pince basket.»

R._____SA a soumis le cas de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a répondu en ces termes aux questions posées à l'occasion de son évaluation du 4 juin 2012:

«1- Facteurs externes? Lesquels?

Lésion dégénérative du MI, car:

- déchirure horizontale inférieure non transfixiante, correspondant à des mouvements de cisaillement chroniques (60 ans)

- un choc direct ne peut pas induire une lésion méniscale

- Opération 9 mois après. Si la lésion du MI avait été aggravée, la patiente n'aurait pas pu attendre si longtemps

2- Le traitement a-t-il, avec une probabilité prédominante, un lien de causalité naturelle avec l'accident décrit ci-dessus? Justification?

Possible

3- S'il existe déjà une affection de base, sans relation avec l'accident: s'agit-il d'une aggravation passagère, durable ou déterminante?

Passagère

4- S'agit-il, avec une probabilité déterminante, d'une rechute liée à l'événement accidentel mentionné précédemment? Justification?

Non»

Par décision du 22 juin 2012, R._____SA a refusé à l'assurée le droit aux prestations, en retenant que ses troubles actuels n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'événement du 12 avril 2011.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 2 juillet 2012. Elle a expliqué être allée faire une IRM en avril [2011] mais avoir eu affaire à un radiologue «incapable». Ne pouvant plus supporter la douleur, elle avait alors consulté le Dr M._____, qui lui a indiqué qu'il ressortait de l'IRM d'avril qu'elle avait bien «quelque chose» au genou droit et qui a décidé de l'opérer.

Dans son rapport médical du 24 juillet 2012 à R._____SA, le Dr M._____ a relevé que même s'il s'agissait de lésions dégénératives, l'accident pouvait très bien décompenser un état latent sous-existant et nécessitant la prise en charge chirurgicale du mois de janvier 2012. Il

notait encore que la patiente présentait actuellement des douleurs plutôt secondaires à la chirurgie, dues à des contractures musculo-tendineuses et nécessitant de la rééducation d'entretien.

Le 25 juillet 2012, l'assurée a confirmé les termes de son opposition, en précisant ne jamais avoir eu de problème avant l'événement en cause.

Le 20 août 2012, le Dr B._____ a rappelé qu'à ses yeux, un choc direct sur le genou ne constituait pas une action vulnérante appropriée pour léser un ménisque.

Par décision sur opposition du 25 septembre 2012, R._____SA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision. Elle a relevé que l'événement du 12 avril 2011 constituait bien un accident au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) dont la prise en charge des suites immédiates avait été admise, même s'il n'y avait pas eu de frais médicaux dans l'immédiat. S'agissant des troubles du genou droit signalés dès décembre 2011, R._____SA, en se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, a observé qu'ils n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident assuré. Sans contester que l'accident ait pu décompenser un état latent sous-existant, R._____SA a expliqué que l'aggravation liée à l'accident n'avait été que passagère, ainsi que l'avait constaté le Dr B._____, le statu quo sine étant atteint depuis longtemps.

Un Rx du genou droit face, en charge et profil, du 16 octobre 2012 a conduit le Dr P._____, radiologue, à relever qu'il n'y avait pas d'altération manifeste de la densité minérale osseuse, pas d'épanchement intra-articulaire visible, ni de calcification pathologique décelable. Le Dr P._____ a en outre fait état d'une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne visible sous forme d'un très discret pincement de l'interligne.

B. Par acte du 25 octobre 2012, C._____ a recouru contre la décision du 25 septembre 2012 de R._____SA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à la prise en charge de son cas. En substance, elle fait valoir qu'à la suite de l'événement d'avril 2011, elle est allée faire une radio puis une IRM. Selon le radiologue, elle n'avait rien. Comme elle souffrait toujours, au point de ne pouvoir dormir, son médecin l'a adressée à un spécialiste, qui a décelé un problème méniscal et suggéré l'intervention du 12 janvier 2012. A la suite de cette dernière, elle allègue toujours souffrir, un diagnostic d'algodystrophie post-opératoire ayant été posé. Elle estime que dans la mesure où elle n'avait rien avant son accident, tous ces faits sont bien la conséquence de l'événement d'avril 2011.

Le 26 novembre 2012, le Dr B._____ a apprécié le cas de l'assurée comme suit:

«La problématique de ce dossier est que l'opération n'a été faite que 9 mois après l'accident. Si durant cette opération une lésion méniscale a été mise en évidence, on n'a aucune preuve qu'elle existait déjà ou qu'elle soit survenue avant ou pendant l'accident. La patiente présentait une gonarthrose, cette pathologie est connue pour être à même de créer une lésion méniscale à n'importe quel moment. Compte tenu du fait que cette lésion méniscale a été décrite à l'opération comme non transfixiante et que le ménisque externe présente des lésions radiaires multiples cela confirme qu'on est dans un cadre dégénératif.

En ce qui concerne l'algoneurodystrophie, cette pathologie étant secondaire à l'opération, elle n'est pas non plus en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident.

Finalement, un choc direct est une action vulnérante inappropriée pour léser un ménisque. Il faut un mouvement important en charge de flexion torsion.»

Dans sa réponse du 12 décembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Pour elle, les troubles du genou droit à partir de décembre 2011 ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident. Elle estime donc que le développement d'une éventuelle algodystrophie, post-opératoire, ne la concerne pas, dès lors qu'elle ne reconnaît pas déjà la prise en charge de l'intervention chirurgicale.

A l'appui de sa réplique du 13 janvier 2013, la recourante maintient sa position, en expliquant que si elle n'avait pas fait ce mouvement [du genou droit] pour éviter la porte, c'est sa tête qui aurait été heurtée, avec des conséquences potentiellement plus lourdes. Elle joint à son écriture des courriers des 23 novembre et 20 septembre 2012 de R. _____ SA (assureur perte de gain maladie), dont il résulte qu'elle perçoit des indemnités journalières maladie en raison de son incapacité de travail depuis le 3 novembre 2011 et que le Dr X. _____, rhumatologue, a retenu le diagnostic de «CRPS de type 2 évoluant depuis janvier 2012». Elle joint encore un courrier non daté du gérant du restaurant K. _____, à teneur duquel ce dernier certifie que la recourante, depuis qu'elle a reçu le coup sur le genou droit sur son lieu de travail le 12 avril 2011, n'a cessé de boiter et a dû voir un spécialiste. Elle produit également une lettre du 9 janvier 2013 de sa kinésithérapeute, qui explique la suivre depuis le 16 janvier 2012, l'évolution depuis cette date ayant été fluctuante, avec des périodes de fortes douleurs donnant lieu à une boiterie et des difficultés de mobilité, précisant en outre que la symptomatologie et les difficultés de guérison étaient expliquées par la présence d'une algoneurodystrophie de stade II. Elle a enfin joint à son écriture une attestation de la Dresse V. _____ du 11 janvier 2013, selon laquelle cette médecin l'avait reçue en avril 2011 en raison d'un traumatisme du genou droit à la suite d'un accident de travail par choc d'une grosse porte de congélateur. Pour cette médecin, l'opération [de janvier 2012] a été la conséquence de ce traumatisme, ainsi que la boiterie et l'arrêt de travail.

Par duplique du 30 janvier 2013, l'intimée relève, s'agissant des pièces produites par la recourante, en particulier des attestations de sa médecin traitant, de son employeur et de sa kinésithérapeute, qu'il n'est pas contesté que l'intéressée a subi un choc au niveau de son genou et qu'elle en a souffert, ce qui a nécessité un traitement médical, sans que cela ne suffise à justifier une prise en charge par l'assureur-accidents, faute de relation de causalité pour le moins probable entre l'accident et la rechute. Elle précise en outre que R. _____ SA intervient en qualité d'assureur perte de gain maladie (LAMal). Ayant sollicité production du dossier de cette dernière, elle produit un rapport d'expertise du Dr

X. _____ du 26 octobre 2012. Sous la rubrique «histoire médicale» de son rapport, le Dr X. _____ a notamment relevé ce qui suit:

«En avril 2011, alors qu'elle [la recourante] se trouve sur son lieu de travail, pour éviter une porte qui s'ouvre brutalement devant elle, elle tend le genou droit qui est percuté par un choc direct provoquant un hématome avec tuméfaction. Des radiographies du genou sont effectuées en urgence ne montrant aucune fracture. Une IRM du genou est également effectuée (pas à disposition dans le dossier médical), n'ayant semble-t-il pas montré de lésion spécifique. L'assurée décide de reprendre le travail en «serrant les dents» en raison des douleurs. Le plus souvent, elle boite également en raison des douleurs. Progressivement, les douleurs deviennent intolérables. Elle consulte début novembre le chirurgien orthopédiste, le Docteur M. _____. Celui-ci en réexaminant l'IRM estime que l'expertisée souffre d'une déchirure grade 3 de son ménisque interne qui explique ses symptômes. Elle subit le 12 janvier 2012 une ménisectomie économique ainsi qu'un lavage articulaire.»

Le Dr X. _____ a retenu que l'intervention subie le 12 janvier 2012 a été un échec, avec apparition de douleurs constantes à caractère neuropathique (brûlures, hyperesthésie, sensations électriques). Il a posé le diagnostic de CRPS de type 2 évoluant depuis janvier 2012.

L'intimée observe à cet égard que le rapport du Dr X. _____ n'apporte pas d'éléments susceptibles de modifier sa position, dans la mesure où ce médecin ne se prononce pas sur la question de la causalité. Elle précise enfin qu'il n'est pas contesté que l'algodystrophie soit apparue après l'intervention du 12 janvier 2012, sans que cela ne signifie qu'elle soit en relation de causalité avec l'accident, se référant pour le surplus à l'appréciation du Dr B. _____ du 26 novembre 2012.

Dans ses déterminations du 20 février 2013, la recourante fait à nouveau valoir que si son genou droit peine à se rétablir, c'est en raison de l'événement d'avril 2011, avant lequel elle ne boitait pas et ne souffrait pas. Elle explique être une personne honnête, qui a toujours travaillé, et déplore de ne plus pouvoir exercer son activité professionnelle.

L'intimée a confirmé sa position le 4 mars 2013.

Sur requête du juge instructeur, la recourante, résidant en [...], a fait élection de domicile en Suisse.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 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. 56 et 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).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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 compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 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 (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 LPGA) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 25 septembre 2012, à refuser le droit à la recourante à des prestations d'assurance à raison de la rechute de l'événement du 12 avril 2011, annoncée en janvier 2012.

3. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «post

hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance 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 du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures;
- b. Les déboîtements d'articulations;
- c. Les déchirures du ménisque;
- d. Les déchirures de muscles;
- e. Les élongations de muscles;
- f. Les déchirures de tendons;
- g. Les lésions de ligaments;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b).

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 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 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.

Les déchirures du ménisque font partie de la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. c) qui sont mis à la charge de l'assurance-accidents, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2).

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 (cf. arrêts 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2; U 378/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.2.2; U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a

fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt 8C_357/2007, déjà cité, consid. 3.2).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

e) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne

assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

f) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 disproportionné dans le cas particulier (cf. ATF 137 V 210; TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée, qu'en cas de recours, le tribunal les éclaircirait comme il convient (DTA 2001 n°22 p. 170 consid. 2).

4. Par sa décision du 25 septembre 2012, l'intimée a nié le droit à des prestations pour les troubles du genou droit annoncés en janvier 2012, motif pris de l'absence de lien de causalité entre ces troubles et l'événement du 12 avril 2011. Elle s'est fondée pour cela sur les avis de son médecin-conseil, le Dr B._____, des 4 juin et 20 août 2012, selon lesquels un choc direct ne pouvait pas induire de lésion méniscale, ainsi que l'affirmation selon laquelle la recourante n'aurait pas pu attendre neuf

mois avant d'être opérée si la lésion du membre inférieur avait été aggravée. Le Dr B._____ a encore relevé que la déchirure horizontale non transfixiante correspondait à des mouvements de cisaillement chroniques, en raison de l'âge de la recourante (60 ans).

Dans une nouvelle appréciation du cas du 26 novembre 2012, le Dr B._____ a précisé à cet égard que l'arthroscopie pratiquée par le Dr M._____ ne l'avait été que neuf mois après l'événement d'avril 2011, si bien que la lésion méniscale mise en évidence lors de l'opération pouvait déjà exister, ou être intervenue avant ou pendant l'accident.

Or le Dr M._____ relève dans son protocole opératoire de janvier 2012 que l'IRM d'avril 2011 a permis de constater la présence d'une lésion de grade 3 de la face intérieure du ménisque interne. Il est exact que ce médecin mentionne des lésions dégénératives dans son rapport médical du 24 juillet 2012 à R._____SA, avec toutefois la précision que l'accident a pu décompenser un état latent sous-existant. On constate également à lecture de l'anamnèse médicale établie par le Dr X._____ que la recourante a présenté des douleurs dès l'événement d'avril 2011, qui sont ensuite devenues «intolérables» et l'ont conduites à consulter le Dr M._____. L'employeur de la recourante a lui aussi constaté des boiteries à compter d'avril 2011. Ces observations sont en contradiction avec l'affirmation du Dr B._____ selon laquelle la recourante n'a subi qu'une aggravation passagère et n'aurait pas pu attendre neuf mois avant l'opération (de janvier 2012).

S'il n'est pas litigieux que les lésions du genou droit de la recourante ont pu être favorisées par des atteintes dégénératives, on se trouve cependant en présence d'opinions médicales qui ne sont pas concordantes: d'un côté, celle du médecin-conseil de l'intimée, et de l'autre celle du Dr M._____, qui fait état d'une lésion de grade 3 de la face intérieure du ménisque interne selon l'IRM d'avril 2011, sans que l'on ne puisse dénier une valeur probante à leurs avis respectifs. Il apparaît ainsi que la question, centrale, de savoir si les troubles dont souffre la recourante au niveau du genou droit sont, ou non, d'origine exclusivement

dégénérative, n'a pas été instruite à satisfaction. L'intimée n'a en particulier pas interpellé la Dresse V._____, ni le radiologue qui a effectué l'IRM d'avril 2011, ni n'a fait en sorte d'obtenir le dossier médical complet de la recourante faisant suite à l'événement d'avril 2011. Les lacunes dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimée. Celle-ci n'a traité que sommairement les atteintes alléguées par la recourante et n'a pas procédé aux instructions nécessaires. Partant, le renvoi de la cause à l'intimée - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire afin qu'elle en complète l'instruction, en obtenant le dossier médical complet de la recourante faisant suite à l'événement d'avril 2011, en particulier le rapport d'IRM faisant suite à cet examen, puis mette en œuvre une expertise orthopédique par un médecin indépendant, conformément à l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision.

5. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

6. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA VD).

**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 25 septembre 2012 par R._____SA est annulée, le dossier étant renvoyé à cette dernière pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- C._____,
- R._____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).

La greffière :