

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mars 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
M. Neu et Mme Dessaux, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_ **SA**, au [...], recourante,

et

**F.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], tiers intéressé.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Par déclaration d'accident du 1<sup>er</sup> juillet 1986, l'employeur V.\_\_\_\_\_ SA a informé F.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'intimée), assureur-accidents, que son employé C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) avait eu un accident le 16 juin 1986 en ayant fait une chute dans les escaliers. Il signalait que la partie du corps atteinte était le genou gauche et que la nature de la lésion concernait des ligaments croisés. Il précisait que l'assuré avait été engagé dans l'entreprise en mars 1980.

Par lettre adressée le 2 juillet 1986 à F.\_\_\_\_\_ SA, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit notamment ce qui suit :

« J'ai vu votre assuré à la suite d'un lâchage du genou gauche le 17.6.1986.

**Diagnostic :** Absence du ligament croisé antérieur et suspicion de lésion méniscale interne non confirmée.

Ce diagnostic a été établi lors d'une arthroscopie du 27.6.1986. M. C.\_\_\_\_\_ souhaite maintenant se faire opérer (plastie du ligament croisé antérieur), afin de retrouver un genou stable avant que surviennent des lésions méniscales.

Je vous prie de bien vouloir nous communiquer si vous prenez en charge les frais de cette intervention qui est prévue pour la fin du mois d'août 1986. ».

Ce praticien a en outre établi un certificat médical non daté mentionnant une incapacité de travail de l'assuré qui a commencé le 17 juin 1986 avec une durée probable jusqu'au mois de novembre 1986.

Dans un certificat médical LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) du 3 juillet 1986, le Dr R.\_\_\_\_\_ a mentionné avoir donné les premiers soins le 17 juin 1986 à l'assuré. Sous indication du patient, il est mentionné « chute d[an]s escaliers ». Il a posé le diagnostic de suspicion d'une déchirure du ligament croisé antérieur (LCA) du genou gauche. Comme traitement, il a adressé le patient au Dr

S.\_\_\_\_\_ pour arthroscopie. Le Dr R.\_\_\_\_\_ avait par ailleurs établi un certificat médical le 19 juin 1986, selon lequel l'incapacité de travail de l'assuré avait débuté le 17 juin 1986 pour une durée indéterminée.

Figure au dossier de F.\_\_\_\_\_ SA une note dont la teneur est notamment la suivante :

« S'agit-il bien d'une lésion de ligaments selon art. 9, lettre g) de l'OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] ?

Si oui on pourrait donner notre accord à la proposition du Dr S.\_\_\_\_\_.  
(...) 7.7.85

Réponse du 9 juillet 1986

- oui, lésion du ligament à accepter (...) ».

Par lettre du 11 juillet 1986, F.\_\_\_\_\_ SA a écrit au Dr S.\_\_\_\_\_ qu'elle était d'accord d'assumer le coût de l'intervention qu'il préconisait et lui demandait de lui faire parvenir le moment venu le protocole opératoire. Elle lui a adressé près de dix rappels.

Dans un rapport médical intermédiaire du 3 novembre 1986, le Dr S.\_\_\_\_\_, se référant à l'accident du 16 juin 1986, a posé le diagnostic d'absence du ligament croisé antérieur. Il a indiqué que l'évolution était satisfaisante, que le traitement en cours était une réhabilitation et que les consultations avaient lieu toutes les trois semaines, la durée du traitement étant probablement d'une année. Il a en outre indiqué que la reprise du travail avait eu lieu à 50 % depuis le 27 octobre 1986.

Le 11 novembre 1986, le Dr S.\_\_\_\_\_ a adressé à F.\_\_\_\_\_ SA une note d'honoraires pour une hospitalisation à la clinique [...] du 21 au 30 août 1986 concernant une intervention chirurgicale du 22 août 1986.

Le 15 janvier 1987, V.\_\_\_\_\_ SA a informé F.\_\_\_\_\_ SA que l'assuré ne travaillait plus pour son compte depuis le 31 décembre 1986.

Le 15 mai 1987, F. \_\_\_\_\_ SA a demandé au Dr S. \_\_\_\_\_ le protocole opératoire de l'intervention chirurgicale du 22 août 1986.

Le 21 mai 1987, ce praticien lui a adressé le protocole opératoire suivant :

« pour C. \_\_\_\_\_

Opéré le 27.6.1986                      au [...]

par le Dr. S. \_\_\_\_\_

Anesthésie intra- et periarticulaire par Dr. S. \_\_\_\_\_

---

#### DIAGNOSTIC

Absence du Ligament croisé antérieur

Suspicion de lésion méniscale interne non confirmé[e]

#### INTERVENTION PRATIQUÉE

Arthroscopie

#### INDICATION

Depuis un accident il y sept ans, instabilité du genou gauche avec 4 lâchages importants.

#### ARTHROSCOPIE

par voie anterointerne et externe

La révision de l'articulation met en évidence

- un cartilage rotulien lisse et dur
- un condyle fémoral externe sans particularité
- un condyle fémoral interne intacte (sic)
- un ménisque interne intact et bien fixé
- un ménisque externe intact avec mobilité physiologique
- des plateaux tibiaux sans particularité
- un petit reste cicatriciel du lig. croisé ant. sur l'insertion tibiale
- un battement interne nul et externe physiologique (très peu)

Le genou est rincé abondamment et quelques cc [centimètres cubes] de carbosthésine-adrenaline sont instillés avant que l'arthroscope soit retiré. Les abords sont fermées (sic) avec des stéristraps et un pansement au MEFix est appliqué.

Lausanne, le 27.6.1986

S. \_\_\_\_\_  
FMH

Chirurgie

orthopédique ».

Le dossier de F. \_\_\_\_\_ SA comprend une note dont la teneur est la suivante :

« Entretien du 4 juin 1987 avec le Dr P. \_\_\_\_\_

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a pris connaissance du rapport opératoire  
En ordre - cas à couvrir ».

Dans un certificat médical du 21 octobre 1987, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que la date de l'accident était le 16 juin 1986. Quant au déroulement de l'accident il a écrit : « Chute dans les escaliers, lâchage du genou ». Sous diagnostic, il a indiqué : « Absence du LCA ». Sous thérapie, il a mentionné : « Plastie LCA le 22 août 1986/AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] des vis le 4.4.1987 ». Il a ajouté que l'incapacité de travail était totale dès le 27 juin, la reprise du travail ayant eu lieu à 50 % le 31 décembre 1986 et complètement dès le 1<sup>er</sup> juillet 1987, le traitement étant terminé le 25 août 1987.

**B.** Le 19 juin 1996, le nouvel employeur de l'assuré, D. \_\_\_\_\_ Assurances, a rempli une déclaration d'accident en mentionnant comme date de l'accident le 12 décembre 1995 et comme description de l'accident une « rechute de l'accident du 16.06.86 » et en indiquant sous la rubrique blessure : « genou g [gauche] ».

Le 13 juin 1996, le Dr S. \_\_\_\_\_ avait établi un rapport médical initial, dont la teneur est la suivante :

« **Motif de la consultation du 12.12.95**

Adressé par Dr X. \_\_\_\_\_. Douleur genou gauche côté interne depuis une glissade dans sa baignoire le 03.10.95. (...)

**Anamnèse**

Plastie LCA en 1985 par moi-même après un accident de football. Content. Ski, tennis, surf, vélo. N'osait plus jouer au football. Jamais de lâchage, pas de douleurs sauf lorsqu'il essayait de chouter (sic) dans un ballon.

**Examen clinique**

Petit épanchement. F/E 150/5/0. Douleur en fin d'extension et de flexion, à la palpation de l'interligne interne ++, au Mc Murray en F/Va/RE ++.

**Imagerie médicale**

03.10.95 : Rosenberg profil : petit étirement pôle supérieur de la rotule et épine inter condylienne, sinon sp [sans particularité] !

06.12.95 : IRM [imagerie par résonance magnétique] : Déchirure ménisque interne

### **Diagnostic**

**Dégénérescences méniscale[s] interne[s] et externe[s],  
cyclope antérieur 8 ans après plastie avec suture du LCA,  
chondropathie rotulienne genou gauche**

### **Traitement**

**Arthroscopie diagnostique, résection du cyclope, abrasion  
cartilagineuse de la rotule et élargissement de l'échancrure  
le 09.01.96**

### **Incapacité de travail**

100% 09.01.96, 50% 15.01.96, 0% 29.01.96

### **Evolution**

15.01.96 : Epanchement important. Limite de la flexion 90°. Nouveau pansement de la plaie supérieure. Glace.

22.01.96 : Moins d'épanchement, env. 50 cc, douleur antéro-externe.

Ponstan, glace. Sport connection dès la semaine prochaine.

05.02.96: Va bien, douleur dans le creux poplité.

Genou enfle. Epanchement 30 cc. Flexion 130°.

Entraînement thérapeutique à Sports Connection

04.03.96 : Pas content. Ne peut toujours pas reprendre ses activités sportives.

Le genou est calme, mobile, sec.

On se met d'accord d'attendre encore 1 mois avant de voter pour une ménissectomie.

13.03.96 : Revient en urgence car pas content. Pire qu'avant. Supporte pas de rester assis, douleur antérieure, ne peut plus courir ou marcher plus qu'un quart d'heure sans qu'il ressente une douleur antéro-externe.

Quelque fois, en se relevant de la position assise, sent une lancée interne forte.

La douleur antéro-externe se trouve sur une bosse souple sur la cicatrice interne (de la plastie LCA) qui pourrait correspondre à un dépôt synoviale extra-articulaire.

Continue physio, revient evtl. [éventuellement] pour injection de Diprophos i.a. [intra-artérielle]

01.4.96 : Se plaint toujours, mais en tout va mieux. Ne court pas, car peur de douleur antérieure. Il y a quand même des jours sans douleurs. Entraînement thérapeutique chez [...] avec 4 x physio pour 2 mois.

10.06.96 : Après une période calme, l'épanchement est revenu à la suite des séances de physiothérapie. Pas de problème en vélo mais ne peut toujours pas courir. N'a pas pu jouer en individuelle (sic) de tennis interclub le week-end passé. En fait, aucune amélioration comparé avec avant l'intervention du 09.01.96.

Epanchement 15 cc. Flexion libre et indolore. Déficit d'extension 5°. Lachmann -. Pivot shift -. Mc Murray en flexion valgus rotation interne +. Appley en compression rotation interne et sans 120° de flexion + qui disparaît en traction. Douleurs à la palpation du creux poplité côté interne.

Conclusion : problème du ménisque externe ?

Talonnette viscolas et attitude expectative. Evtl. ménissectomie externe.

pc après vacances ».

Dans un certificat médical initial du 12 juillet 1996, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué, en relation avec l'événement du 16 juin 1986, le début d'un traitement médical le 30 novembre 1995. Il a posé le diagnostic de lésion méniscale interne gauche et indiqué que l'assuré se plaignait d'un épanchement articulaire récidivant au genou gauche.

Figure au dossier de F.\_\_\_\_\_ SA une note interne datée du 12 août 1996, dont il résulte ce qui suit :

« **Entretien avec le Dr M.\_\_\_\_\_ du 9 août 1996**

M. C.\_\_\_\_\_ a subi une intervention chirurgicale lors du traitement du cas initial.

Les troubles dont souffre cette personne sont les conséquences du sinistre du 16.6.1986.

Ce cas évolue vers une arthrose - cette évolution est mitigée.

Le 3.10.1995, il a subi une arthroscopie suite à une chute pour une lésion du cyclope (lésion qui subsiste suite à la rupture d'un ligament) chondropathie de la rotule et élargissement de l'échancrure interconsylienne le 13.3.1996. Son état est subjectivement péjoré.

Nous devons nous attendre à d'autres rechutes. ».

Le 18 mars 1998, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un rapport médical initial en cas d'accident. Sur le formulaire qu'il a rempli, il est mentionné l'événement du 16 juin 1986. Ce praticien a indiqué que le traitement avait commencé le 8 juillet 1997 et que l'assuré avait déclaré « une instabilité de son genou gauche depuis l'accident de football en 1986. Actuellement épanchements récidivants et douleurs progressives au niveau du compartiment externe du genou gauche ». Le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status après distorsion du genou gauche avec suspicion d'une lésion du ménisque externe. Sous la rubrique « Maladies indépendantes de l'accident? Infirmités ou suite d'accidents antérieurs? Lesquels? », il a indiqué : « Status après plastie du ligament croisé antérieur 1986, status après arthroscopie diagnostique avec résection

d'un cyclope abrasion cartilagineuse de la rotule et élargissement de l'échancrure intercondylienne (9 janvier 1996 par le Dr S.\_\_\_\_\_) ». Il a relevé qu'en présence de douleurs récidivantes au niveau du compartiment externe, avec suspicion d'une lésion du ménisque externe, une arthroscopie de contrôle du genou lui semblait indiquée.

Figure au dossier de F.\_\_\_\_ SA la note interne du 3 juin 1998 suivante :

**« Entretien avec le médecin-conseil - Dr M.\_\_\_\_ - du 02.06.98**

il est noté dans le rapport opératoire du Dr S.\_\_\_\_ du 27.06.86 que M. C.\_\_\_\_ a été victime d'un accident en 1979.

10 ans après l'événement, une reprise arthroscopique du genou a été pratiquée pour dégénérescence des deux ménisques, et échec de la plastie pratiquée en 1986.

1) lors de notre entretien du 12.08.96 avec le Dr M.\_\_\_\_, nous avons commis une erreur.

Il n'est pas sûr que les troubles dont souffre l'assuré sont (sic) les suites de l'événement de 1986, mais plutôt de 1979. A cette époque les cas n'étaient pas assurés par l'employeur sauf les entreprises soumises à la CNA [Caisse national suisse d'assurance en cas d'accidents].

2) M. C.\_\_\_\_ annonce une chute dans les escaliers en 1986. Il a subi une arthroscopie à ce moment-là. Cas couvert selon la LAA.

3) Le patient évolue vers des troubles dégénératifs progressifs va voir plusieurs médecins à la suite.

Le Dr S.\_\_\_\_ indique que l'arthrose est la conséquence d'un accident de foot en 1986.

Une nouvelle arthroscopie de contrôle est indiquée par le Dr V.\_\_\_\_\_.

Cas plein de contradictions, il est possible que les troubles actuels sont (sic) la conséquence d'un accident survenu en 1979. A voir suite à la visite de l'inspecteur. ».

L'inspecteur de sinistres de F.\_\_\_\_ SA a rencontré l'assuré le 21 août 1998. Il résulte ce qui suit de son rapport du même jour :

**« Circonstances exactes de l'accident de 1979 et qui a couvert les frais médicaux**

M. C. \_\_\_\_\_ [n']a absolument aucune idée de quoi il s'agit. Il déclare ne pas se souvenir du tout d'un accident en 1979 !

**Circonstances exactes de l'accident du 16.6.86 (foot ou chute dans les escaliers)**

Selon déclaration de M. C. \_\_\_\_\_, il a été victime d'une chute dans les escaliers. Il affirme n'avoir pas eu d'accident de foot et rien n'a été annoncé en LAA.

Il me déclare qu'il s'agit d'une déclaration inexacte de la part du Dr. S. \_\_\_\_\_.

**Accident du 3.10.95**

Il s'agit là d'une glissade dans la baignoire qui lui a occasionné une "rechute" de l'accident du 16.6.86, raison pour laquelle son nouvel employeur D. \_\_\_\_\_ n'a pas voulu intervenir.

**Evolution depuis 1986**

L'état de son genou est stationnaire. Il ne s'est pas aggravé ni amélioré depuis.

**Evolution depuis 9.1.96, date de l'arthroscopie pratiquée par le Dr. S. \_\_\_\_\_**

Aucune l'évolution. L'arthroscopie, n'aurait rien décelé de spécial, seul un toilettage d'adhérences suite à l'accident de 1986 a été effectué. Lors du dernier IRM, aucune arthrose n'a été décelée. Toutefois, M. C. \_\_\_\_\_ se plaint toujours et il aimerait avoir l'avis d'un autre médecin "capable" de résoudre son problème et en qui il pourrait avoir confiance. Dans ces conditions, il est disposé à se faire opérer.

**Pour quelle raison, plusieurs médecins différents ont-t-ils (sic) été consultés (Dr[s]. R. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_)**

Le Dr R. \_\_\_\_\_ est une connaissance qui lui a fait des piqûres (eau sucrée ?) et le Dr V. \_\_\_\_\_ est le chirurgien du Dr. R. \_\_\_\_\_.

**Plaintes actuelles**

Douleurs au genou persistantes et gênantes lors de marche, surtout en montant des escaliers et lors de la pratique de sports. Il pratique un peu tous les sports, mais de manière modérée, afin de ne pas surcharger le genou et aggraver son cas.

**Traitement en cours ou effectué**

Plus aucun traitement depuis 6/7 mois et rien n'est prévu actuellement jusqu'à ce qu'il ait trouvé un nouveau médecin.

**Incapacité de travailler**

M. C. \_\_\_\_\_ travaille normalement à 100%.

**Situation personnelle et professionnelle**

Expert en assurances (vente) auprès de D. \_\_\_\_\_ Assurances, rayon Lausanne et env.  
Célibataire.

**Remarques et observations**

Nous devrions nous renseigner auprès du Dr. S. \_\_\_\_\_, afin d'obtenir des renseignements supplémentaires, à savoir d'où il a

obtenu les renseignements figurant sur ses rapports médicaux concernant l'accident de 1979 et l'accident de foot de 1985. ».

Par lettre du 31 août 1998, F.\_\_\_\_\_ SA a interpellé le Dr S.\_\_\_\_\_ en l'invitant à répondre aux questions posées dans le formulaire qu'elle avait annexé et à le lui retourner aussitôt que possible. Dans ce document, il était mentionné ce qui suit :

« Dans vos divers rapports médicaux vous avez fait mention d'un accident survenu en 1979, ainsi que d'un accident de foot en 1986.

Nous vous remercions de nous indiquer comment vous avez obtenu ces informations. En effet, suite à un entretien avec Monsieur C.\_\_\_\_\_, il n'aurait aucun souvenir de ces événements. Ces événements n'auraient jamais été déclarés aux assureurs concernés. ».

F.\_\_\_\_\_ SA a rappelé cette correspondance au Dr S.\_\_\_\_\_ les 1<sup>er</sup> octobre et 18 novembre 1998.

Une note interne datée du 23 novembre 1998 figurant au dossier de F.\_\_\_\_\_ SA, intitulée « Informations de base sur sinistres », mentionne une ouverture du dossier le 2 juillet 1986, un sinistre du 16 juin 1986 dont la cause est une chute dans les escaliers et la conséquence « ligament croisée genou gauche », le cas étant liquidé le 18 février 1997 et rouvert le 8 avril 1997.

Le 20 novembre 1998, le Dr S.\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical intermédiaire, dont la teneur est la suivante :

**« Diagnostic**

**Dégénérescences méniscale[s] interne[s] et externe[s],  
cyclopes (sic) antérieur 8 ans après plastie avec suture du  
LCA, chondropathie rotulienne genou gauche**

**Traitement**

**Arthroscopie diagnostique, résection du cyclopes (sic),  
abrasion cartilagineuse de la rotule et élargissement de  
l'échancrure le 09.01.96**

**Incapacité de travail**

100% 09.01.96, 50% 15.01.96, 0% 29.01.96

**Evolution**

27.10.97 : A eu env. 20 injections de Cortisone et Glucosehypertone par Dr R. \_\_\_\_\_ ainsi qu'un[e] vingtaine de séances de physio chez [...] pour musculation. Les tests de force musculaire ont montré que la force avait diminué après. Au niveau des douleurs, le genou ne va pas mieux. Par contre, il est moins enflé. A joué au tennis tout l'été, à raison de 2 à 3 heures par semaine. Le genou enflé lorsqu'il fait plus de 2 matchs de suite. Douleur aussi côté interne lorsqu'il se relève d'une position agroupie (sic) prolongée. Arrive à s'agenouiller et à s'asseoir sur son talon mais ne peut pas se relever de la position agroupie (sic) car manque de force. En dépliant après une flexion forcée, douleur postérieure où il y a une boule en extension.

Atrophie musculaire ++. Epanchement 2 à 3 cc. F/E 150/0/0 (150/0/5). Lachmann - avec arrêt antérieur sec. Pivot shift -. Mc Murray - en flexion varus rotation externe, + en flexion valgus rotation interne se projetant sur le côté interne. Rotule stable, pas de rabot.

Il y a discrédence entre l'examen clinique et l'atrophie musculaire marquée.

Assurance : L'assurance qui avait payé la plastie LCA (F. \_\_\_\_\_ SA) refuse de prendre en charge le complément de l'intervention de janvier 1996. Les conditions générales de l'époque stipulaient que le complément était couvert que jusqu'à 5 ans après. Son nouvel assureur et employeur en même temps (D. \_\_\_\_\_) refuse également car prétend qu'il s'agit d'une suite du première (sic) accident.

Demander IRM au Dr R. \_\_\_\_\_. ok

19.11.97 : Tel du et au patient : IRM janvier 97 et décembre 95 : Nette aggravation de la lésion du ménisque interne. LCA toujours en place, sous tension. Chondropathie fémoro-patellaire connue depuis 1995.

Rapport au médecin conseil de D. \_\_\_\_\_ Lausanne avec demande de prise en charge des traitements depuis sa glissade dans la baignoire le 03.10.95. En vue de la bonne stabilité et l'absence de complication depuis la plastie LCA en août 86, on est raisonnablement en mesure de dire que le nouvel accident d'octobre 95 est probablement à la base de la dégradation, qui a mené à l'arthroscopie en janvier 96. Le Dr V. \_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs prononcé dans le même sens.

Lettre à D. \_\_\_\_\_ pour prise en charge.

02.12.97 : Après lecture de la correspondance du Dr V. \_\_\_\_\_, je propose l'opération sous tarif LAA prise en charge par l'assureur de l'accident il y a 10 ans.

Intervention à organiser. Le patient téléphonera pour la date.

18.06.98 : Revient car le genou continue à le gêner. L'enflure est quasi permanente. Douleur variable dans le périmètre antérieur interne et supérieur. Fait du tennis régulièrement et du vélo tous les jours. Malgré cela, la cuisse est toujours plus mince que l'autre. S'accroupit qu'à moitié et n'arrive pas à marcher en canard. Epanchement 5 cc. F/E 140/0/0. Douleur en fin d'extension (antérieure et postérieure) et en flexion (postérieure). Lachmann -. Pivot shift -. Mc Murray avec petite douleur plutôt en varus RE [rotation externe] qu'en valgus RI [rotation interne]. Douleur à la palpation de l'interligne postéro-interne +.

RX [radiographie] : Genoux 3x : Pas de pincement articulaire ni fémoro-tibial, ni fémoro-rotulien. Ostéophytose sur le rebord interne de la trochlée au genou gauche.

Conclusion : Toilette articulaire car pas de bonne explication pour l'épanchement chronique.

Du point de vue asséculoologique, vue (sic) la bonne stabilité et l'absence de lésion arthrosique, cette nouvelle intervention doit être mise au compte de l'accident du 03.10.95 (D. \_\_\_\_\_ Assurances, Lsne).

Lettre au médecin conseil de D. \_\_\_\_\_ Assurances pour demande de prise en charge.

12.08.98 Cons. tél. de M. C. \_\_\_\_\_ : D. \_\_\_\_\_ refuse la prise en charge de l'intervention proposée. On se met d'accord de faire l'intervention en chambre commune LAA à la charge de la F. \_\_\_\_\_ SA comme proposé par D. \_\_\_\_\_.

Revient pour faire le point sur la situation médicale de son genou avant de fixer la date de l'op[ération].

27.08.98 : La situation s'est améliorée objectivement et subjectivement. Se plaint d'une enflure parfois gênante dans le creux poplité gauche. Continue à faire du vélo et du tennis. L'enflure est devenue occasionnelle.

Genou sec. La mobilité en flexion est complète, l'extension aussi mais pas d'hyperextension comme à droite.

Lachmann -. Pivot shift -. Mc Murray - dans les 2 sens.

Conclusion : Dans ces conditions, on renonce à une arthroscopie. Doit continuer à éviter des efforts dont il sait qu'il ne les supporte plus.

Revient en cas d'aggravation. ».

Le 30 novembre 1998, F. \_\_\_\_\_ SA a envoyé au Dr S. \_\_\_\_\_ un nouveau formulaire en lui demandant de bien vouloir y répondre. Ce formulaire avait la teneur suivante :

« Monsieur C. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident le 16.6.1986.

A la lecture des rapports médicaux établis par vous-même à l'époque, notre médecin-conseil relève que Monsieur C. \_\_\_\_\_ a subi une opération (plastie LCA) au niveau du genou gauche une année avant l'événement qui nous occupe. Cette intervention est la conséquence d'un accident survenu en 1979.

Afin que nous puissions établir les liens de causalité entre les différents événements survenus au niveau du genou gauche, et les troubles actuels, nous vous remercions de nous communiquer un rapport historique allant de 1985 à nos jours ainsi que les divers rapports opératoires en votre possession, dès 1979. ».

Elle a rappelé ce courrier au Dr S. \_\_\_\_\_ le 13 janvier 1999.

Dans un rapport intermédiaire du 18 janvier 1999, le Dr S. \_\_\_\_\_ a repris les termes de son précédent rapport retraçant l'évolution du cas depuis le 18 juin 1998 jusqu'au 27 août 1998.

Répondant le 30 avril 1999 à un questionnaire de F. \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a expliqué que les circonstances exactes de l'événement 1979 étaient un accident de football et qu'il avait été soigné pour ces troubles par le Dr S. \_\_\_\_\_. Il a indiqué que son employeur à l'époque était T. \_\_\_\_\_ et n'a pas indiqué quel était l'assureur qui avait pris en charge les frais médicaux relatifs aux soins donnés au genou gauche en 1979.

Le 7 novembre 2000, le Dr R. \_\_\_\_\_ a établi un « Certificat intermédiaire / final LAA » difficilement lisible. Le 27 novembre 2000, il a adressé la lettre suivante au médecin-conseil de F. \_\_\_\_\_ SA :

« Il s'agit d'un patient qui a été mis au bénéfice d'un traitement d'Ostenil (cardio-protecteur) à la suite de dégâts cartilagineux importants consécutifs à une déchirure du ligament croisé et plastie du même ligament croisé.

Cette instabilité et cette plastie ont entraîné une arthrose progressive justifiant les dégâts cartilagineux actuels. Dans ces conditions, il s'agit donc bien des suites de l'accident de 1989. ».

Figure au dossier de F. \_\_\_\_\_ SA la note interne du 5 décembre 2000 suivante :

« **Entretien du 05 décembre 2000 avec le Dr M. \_\_\_\_\_ :**

Dossier C. \_\_\_\_\_ [...]

Anamnèse médicale :

- 27.6.1986 : "accident" avec blessure ligamentaire, cependant une arthroscopie effectuée 10 jours après l'accident montre une involution du LCA. Dès lors que le ligament manquait, comment a-t-il pu être blessé ?
- c'est donc à tort que le Dr P. \_\_\_\_\_ a admis ce cas en tant que lésion du ligament!
- dans le rapport opératoire du 27.6.1986, le Dr S. \_\_\_\_\_ précise les raisons de l'absence du ligament (accident il y a sept ans) et une plastie du LCA est effectuée
- prise en charge confirmée par le Dr P. \_\_\_\_\_ malgré ce qui précède
- rechute en 1996 acceptée (rapport du 13 juin 1996)
- dossier repris en mains par le Dr V. \_\_\_\_\_ qui nous fait part de divers épisodes d'épanchements et propose une arthroscopie de contrôle
- traitement à l'Ostenil entrepris par le Dr R. \_\_\_\_\_ dès août 2000

Du point de vue médical : le Dr M. \_\_\_\_\_ pense que la situation actuelle est à mettre sur le compte de l'accident 1979. A ma demande, il admet toutefois que "l'accident" de 1986 et l'opération effectuée sont également responsables de la situation actuelle d'arthrose. Admettre le traitement à l'Ostenil.

De mon point de vue juridico-administratif : en l'absence de statu quo ante ou sine, dès lors qu'il ne nous est pas juridiquement possible de revenir sur l'acceptation de ce cas, nous devons assumer les conséquences de notre prise en charge.

Le Dr M. \_\_\_\_\_ est d'avis que dans les 10 ans une ostéotomie sera probablement effectuée (coût environ 30'000.00 fr.) et que différentes rechutes interviendront durant cette période. Nous nous acheminons vers une prothèse totale du genou à l'âge de 55 ans. ».

Dans un rapport reçu par F. \_\_\_\_\_ SA le 12 juillet 2002, le Dr V. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu l'assuré la première fois le 6 février 2002 pour des douleurs récidivantes au genou droit. Il a en outre expliqué que ce patient lui avait été adressé pour avis par le Dr R. \_\_\_\_\_ en vue d'une éventuelle cure méniscale pour son genou droit et que l'accident de 1986 ainsi que l'anamnèse n'étaient pas connus.

Le Dr R. \_\_\_\_\_, dans un certificat médical intermédiaire du 5 août 2001, a mentionné comme diagnostics actuels une déchirure du ménisque interne et LCA du genou droit. Quant à l'évolution et à l'état actuel, il a indiqué notamment que le patient avait été opéré du ménisque droit et qu'il avait des problèmes de cartilage. Il évoquait une éventuelle plastie du LCA en cas d'instabilité du genou. A la question portant sur l'existence d'autres organismes d'assurances impliqués, il a répondu de voir avec le Dr S. \_\_\_\_\_ car le patient préférerait se faire opérer par lui.

Le 27 mai 2002, l'assuré a subi une arthroscopie avec méniscectomie interne et externe pratiquée par le Dr S. \_\_\_\_\_ qui a posé le diagnostic de « déchirure des 2 ménisques et du LCA, chondropathie condyle externe et rotule supérieure genou droit ». Il résulte du protocole opératoire notamment ce qui suit :

**« Articulation fémoro-patellaire**

Ramollissement et effilochement superficiel du pôle supérieur.  
Trochlée indemne.

**Compartiment interne**

Stable. Déchirure radiale avec début d'effilochement vers la corne postérieure. Résection d'env. 2/3 de celle-ci.

**Pivot central**

Une bonne partie (estimation 60%) du ligament croisé antérieur est en place mais désinséré au plafond et, par ce fait, détendu. Une petite partie forme un petit tubercule antérieur qu'on ne touche pas.

**Compartment externe**

Ici, un peu comme du côté interne, lésion radiale sur la corne postérieure dans un tissu ramolli de part et d'autre et dont la résection finie avec une résection 2/3 de la corne postérieure. Sur le condyle, bien visible à 30° de flexion, on trouve une zone chondromalacique d'une taille d'une pièce de 5 et avec une fissuration à mi-profondeur. On n'y touche pas. ».

Dans son rapport du 9 octobre 2002, le Dr S.\_\_\_\_\_, a recommandé une opération, car l'assuré voulait continuer le sport. Il a indiqué que le genou gauche allait très bien, qu'il était stable et qu'il n'y avait pas de lâchage ni d'enflure.

Répondant à un questionnaire du 5 janvier 2006 de F.\_\_\_\_\_  
SA, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré se plaignait de gonalgies gauches persistantes et a posé les diagnostics de probable lésion du membre inférieur gauche ainsi que de status après plastie du LCA au genou gauche. Il a indiqué que l'examen radiologique avait montré des ostéophytes au niveau de la rotule et de la trochlée. S'agissant du lien de causalité naturelle avec l'accident du 16 juin 1986, il a mentionné une arthrose post-traumatique. Il a précisé qu'aucun traitement n'avait été administré et évoqué une égalisation éventuelle par arthroscopie.

Le 16 juin 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de gonarthrose stade I à II post-traumatique du genou gauche, déchirure méniscale interne et conflit au niveau du Notch. Il a indiqué notamment ce qui suit :

« Anamnèse

Le patient présente des douleurs au niveau du genou gauche à la suite d'une distorsion pendant une course vite le 25.06.07. Le patient a consulté à [...], traitement symptomatique puis au bout de quelques semaines, amélioration considérable et acquisition de l'état préexistant. Depuis des années, le patient présente des

légères douleurs qui se péjorent lentement mais progressivement. Epanchement selon les activités et ces derniers mois de plus en plus de peine à tendre complètement le genou.

(...)

### **Appréciation**

Il s'agit cliniquement et radiologiquement d'une gonarthrose stade I à II 20 ans après une plastie du LCA du genou gauche. Actuellement, le patient présente un comblement du Notch avec un conflit osseux, une insuffisance pratiquement complète du LCA ainsi qu'une déchirure méniscale interne. Ainsi l'indication pour une révision arthroscopique est posée surtout dans le but d'enlever le conflit au niveau du Notch. Le patient est ainsi informé et est d'accord avec le procédé. Pour des raisons professionnelles, il diffère de quelques mois l'intervention. Il nous contactera au moment, voulu. Il va annoncer la rechute à son assurance accident F. \_\_\_\_\_ SA, il est clair qu'il s'agit des suites de l'accident de 1986. ».

Le 31 juillet 2008, F. \_\_\_\_\_ SA a écrit à la clinique [...] notamment ce qui suit :

« Votre patient susnommé est assuré contre les suites de l'accident dont il a été la victime le 16 juin 1986 conformément aux dispositions de la loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA).

Par conséquent, sous réserve de la réception des renseignements médicaux dont nous avons besoin, nous vous accordons notre

### **g a r a n t i e**

dans le cadre des conventions tarifaires applicables pour le traitement dû à l'accident dont il est question, ainsi que la nourriture et le logement en division commune. ».

Le 4 août 2008, l'assuré a subi l'intervention suivante : « arthroscopie, résection à minima du clapet cartilagineux condyle fémoral interne, résection de cyclope tibial et plastie de Notch », pratiquée par le Dr Q. \_\_\_\_\_ qui a posé le 18 août 2008 les diagnostics de « chondropathie stade IV condyle fémoral interne, stade II fémoro-patellaire, conflit au niveau du Notch (cyclope osseux tibial et couronne ostéophytaire fémorale) au genou gauche ». Ce praticien a indiqué dans ses rapports des 7 octobre 2008 et 23 février 2009 que le patient allait mieux.

Le 11 décembre 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les

diagnostics de chondropathies vraisemblablement tricompartmentales du genou gauche, secondaires à une ancienne plastie du ligament croisé antérieur, effectuée en 1986 et de status après résection méniscale probablement interne partielle du genou droit, il y a une dizaine d'années, sans plainte actuellement. Il a notamment mentionné ce qui suit :

« Anamnèse actuelle :

Patient de 50 ans, venant pour second avis, concernant son genou gauche.

L'histoire a débuté le 16.06.1986. A cette époque, il s'est fait une déchirure du ligament croisé antérieur. Il a été pris en charge par le Dr. S. \_\_\_\_\_ qui lui a fait une plastie.

Les suites ont été correctes, mais petit à petit, il a vu apparaître quelques douleurs, raison pour laquelle, le Dr. S. \_\_\_\_\_ lui a refait une arthroscopie de contrôle avec un petit toilettage, il y a quelques années, puis son successeur le Dr. Q. \_\_\_\_\_ en a fait également une, en août 2008.

Après ces deux interventions, le patient est redevenu asymptomatique et actuellement, il a très peu de gêne.

Dans la vie de tous les jours, il n'a aucune plainte. Depuis 2 mois, même dans les activités sportives telles que le tennis qu'il fait encore régulièrement, il n'est plus vraiment gêné, ni limité.

Dans ces conditions, il se pose la question de savoir s'il doit aller vers une prothèse du genou, comme lui a suggéré le Dr. Q. \_\_\_\_\_.

A noter que du côté droit, le patient a été opéré, il y a une dizaine d'années, par le Dr. B. \_\_\_\_\_ qui lui a réséqué vraisemblablement, une partie du ménisque interne qui avait été déchiré. De [ce] côté-là, la situation est tout à fait favorable, sans aucune plainte.

(...)

Attitude :

En ce qui concerne le genou droit, il est clair que le patient n'ayant aucune symptomatologie, il n'y a aucune indication à faire des investigations à un traitement quelconque (sic).

Concernant le genou gauche, le patient malheureusement, n'avait pas les protocoles opératoires ni les radiographies. Cependant, d'après ce qu'il me raconte, il est probable qu'il est en train d'aller vers une chondropathie, voire vers une arthrose débutante.

Cependant, comme depuis 2 mois, la symptomatologie a quasiment disparu, je ne pense pas que cela vaille la peine de refaire des radiographies de suite ou d'envisager un acte chirurgical quelconque.

En l'état, comme il n'a pas de douleur de repos, ni nocturne, dans la vie de tous les jours, il n'a pas de limitation du périmètre de marche, il faut rester plutôt simple dans les traitements.

En conséquence, je lui ai proposé juste quelques séances d'ergothérapie chez Mme [...], pour lui montrer les exercices d'étirements postérieurs et essayer de lui ôter cette habitude en flexum qui est en train d'apparaître. En même temps, on lui fera des lits plantaires type étriers calcanéens, pour allonger les muscles postérieurs ce qui contribuera aussi à diminuer la mauvaise habitude de marche. ».

Le 4 janvier 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré allait moins bien. Il a constaté que la palpation du condyle interne était douloureuse et un léger épanchement. Il a estimé que l'on s'acheminait vers une prothèse unicompartmentale (PUC).

Le 3 mars 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ a mentionné l'apparition d'un épanchement du genou gauche. Il a en outre indiqué ce qui suit :

« Attitude :

Comme j'ai expliqué au patient, je ne pense pas qu'il doit s'agir d'un problème d'épanchement sur blocage cartilagineux, mais vraisemblablement beaucoup plus sur problème articulaire dégénératif de type gonarthrose secondaire, vu le bilan articulaire, qui avait été fait à l'arthroscopie par le Dr Q.\_\_\_\_\_. En effet, le condyle interne présentait une chondropathie stade IV.

Dans ce contexte, soit on reste conservateur avec AINS [anti-inflammatoires non-stéroïdiens] et physiothérapie, soit il est suffisamment gêné, alors on [n']aura pas tellement d'autre choix, que de discuter l'indication à une prothèse de ce genou.

En l'état actuel, le patient ne se sent pas encore assez gêné pour que l'on discute d'une intervention. Je lui ai donc prescrit du Voltaren et l'ai mis en physiothérapie. Un prochain contrôle qui était de toute façon prévu au mois de mars a été laissé, pour juger de l'évolution et décider de la suite en fonction. ».

Le 4 mai 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu au médecin conseil de F.\_\_\_\_\_ SA notamment ce qui suit :

« **1. Diagnostic ?**

Chondropathies vraisemblablement tricompartmentale[s] du genou gauche secondaires à une ancienne plastie du ligament croisé antérieur, effectuée en 1986.

**2. Evolution :**

**a) Evolution et état actuel (subjectif et objectif)**

Revient en contrôle de son genou gauche.

L'évolution est de nouveau favorable.

Dans l'ensemble le patient va bien. Il est quand même encore un peu sensible aux changements de temps, en particulier durant la période où il a fait froid et beaucoup de bise. Il est aussi sensible lorsqu'il fait un peu trop d'efforts physiques. Il le sait et en conséquence, a adapté son mode de vie. Cela ne l'empêche pas de faire encore un peu de tennis, mais gentiment et sur terre battue.

La mobilité des genoux a été retrouvée avec une flexion/extension à 120/0/0. Le genou est encore un tout petit peu empâté, mais il n'y a pas d'épanchement intraarticulaire. Pas d'instabilité ligamentaire. Pas de signes méniscaux. Toujours légère atrophie de la cuisse gauche, de l'ordre du centimètre, par rapport au côté droit. Ischio-jambiers en amélioration avec un angle poplité à 35°.

**b) Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Dans l'affirmative, lesquelles?**

Non. ».

Ce praticien a en outre estimé qu'un dommage permanent était à craindre, soit des gonarthroses secondaires post-plastie du LCA pour déchirure traumatique.

Selon une note interne du 13 février 2012 relative à un entretien avec le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin conseil de F.\_\_\_\_\_ SA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'état du genou était en relation avec l'accident, la pose d'une prothèse partielle étant inéluctable, et aucun autre événement n'était venu perturber l'évolution de l'articulation.

Un orthoradiogramme et une IRM du genou gauche ont été effectués par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, qui a indiqué une notion d'une arthroscopie avec plastie du LCA (+/- 1986) ainsi que l'apparition avec péjoration progressive de gonalgies non traumatiques, surtout à caractère nocturne. Il a conclu son rapport du 7 février 2012 en ces termes :

« Status post-méniscectomie partielle interne avec épargne de la corne antérieure. Quelques anomalies modérées (grade I) sans déchirure des deux cornes du ménisque externe. Non visualisation de la plastie du LCA certainement en rapport avec une dégénérescence mucoïde et rupture. Gonarthrose tri-compartimentale avec importante chondromalacie. Epanchement en quantité modérée. Importante composante de synovite inflammatoire diffuse, certainement à l'origine de la symptomatologie algique nocturne. Kyste de Baker. Ganglions-cysts. Morphotype gauche en varus modéré. ».

Le 22 mars 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a établi un rapport intermédiaire, dont il résulte notamment ce qui suit :

« **Diagnostic**

Chondropathie stade IV condyle fémoral interne, stade II fémoro-patellaire, conflit au niveau du Notch (cyclope osseux tibial et couronne ostéophytaire fémorale) au genou gauche

**Traitement**

**Arthroscopie, résection à minima du clapet cartilagineux condyle fémoral interne, résection de cyclope tibial et plastie de Notch le 04.08.08**

**Incapacité de travail**

Délégué commercial chez [...], 100% 04.08.08, 0% 18.08.08

**Evolution**

03/02/2012 15:18 (Q.\_\_\_\_\_) : Depuis 2-3 mois, davantage de douleur, enfl. A consulté en urgence VU.

St : F/E 120/5/0, épanchement ia, stable.

Att : IRM, orthoradiogramme, puis contrôle.

10/02/2012 16:53 (Q.\_\_\_\_\_) : Pas de surprise avec l'IRM ou orthoradiogramme.

Att : PUC interne. ».

Selon une note interne du 2 avril 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_, selon lequel l'accident n'avait provoqué aucune lésion décelable, pouvait incontestablement être suivi.

Le 12 avril 2012, F.\_\_\_\_\_ SA a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

« Le 1<sup>er</sup> juillet 1986, votre employeur, V.\_\_\_\_\_ SA, par une déclaration de sinistre, nous a annoncé l'accident dont vous avez été victime le 16 juin 1986 en ces termes : « Chute dans les escaliers ».

Dans le protocole opératoire du 27 juin 1986, le Dr S. \_\_\_\_\_ diagnostique une *absence du ligament croisé antérieur au genou gauche et une suspicion de lésion méniscale interne non confirmée*. Cet orthopédiste ajoute que l'instabilité du genou gauche existe depuis un accident de 1979.

Un nouveau traitement médical débute en 1996 suite à une chute dans votre baignoire le 12 décembre 1995.

Le Dr S. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 13 juin 1996, décrit *une dégénérescence méniscale interne et externe, un cyclope antérieur 8 ans après plastie du LCA*.

Après plusieurs rechutes, vous ressentez à nouveau des douleurs à votre genou gauche.

Notre médecin consultant, le Dr M. \_\_\_\_\_, remarque que l'arthroscopie effectuée 10 jours après l'événement du 16 juin 1986 a permis de constater l'absence du ligament croisé antérieur. La rupture de ce ligament diagnostiquée le 27 juin 1986 ne peut être en relation avec la chute de 1986, car un ligament manquant ne peut être blessé. Le Dr S. \_\_\_\_\_ précise d'ailleurs quand le ligament a été lésé, soit lors d'un accident en 1979. En l'absence de toute autre lésion constatée en 1986, il faut déduire que la chute de 1986 n'a fait que péjorer passagèrement un genou déjà affecté par des facteurs étrangers à celle-ci et plus particulièrement par l'accident de 1979.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 10 al. 1 LAA retient que *l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident...*

L'obligation de prestations de l'assureur LAA suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. Le lien de causalité naturelle est réalisé 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.

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 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. L'existence du lien de causalité naturelle doit être qualifiée de probable ; une simple possibilité ne suffit pas (ATF 115 V 405 cons. 3).

Il convient d'examiner quelles ont été les conséquences de l'accident de 1986.

Le 16 juin 1986, vous êtes tombé. Il s'agit d'un accident au sens de la LAA. Ses conséquences ont été prises en charge.

Cependant, les investigations médicales effectuées après cet événement ont mis en évidence l'absence du ligament croisé antérieur. Elles ont par contre exclu l'hypothèse préalablement avancée de lésion méniscale. En se référant à l'avis de notre médecin consultant, nous constatons que vous êtes certes tombé en 1986, mais que votre chute n'a provoqué aucun traumatisme important. Les soins effectués dans les jours qui ont suivi concernaient la réparation du ligament croisé antérieur qui s'était presque totalement résorbé après qu'il se soit déchiré en 1979.

En nous fondant sur les explications de notre médecin consultant citées ci-dessus, nous constatons qu'une relation entre l'accident du 16 juin 1986 et les traitements ultérieurs de votre genou gauche n'est pas établie. Ainsi, les affections diagnostiquées à cette articulation ne peuvent être considérées comme la conséquence de l'accident du 16 juin 1986. Leur origine accidentelle est certes probable, mais en relation avec un accident qui n'est pas assuré en LAA, car datant de 1979. En ce qui concerne les frais médicaux, elles sont considérées par la loi comme des maladies. Leurs conséquences ne peuvent être à la charge de la LAA, mais de la caisse-maladie.

S'agissant de la prise en charge des frais de traitements, nous vous conseillons d'annoncer ce cas à votre caisse maladie. En annexe, nous joignons une copie de la présente que vous voudrez bien lui transmettre, accompagnée des factures et notes d'honoraires qui sont en votre possession ou qui vous parviendraient. ».

Par lettre du 10 mai 2012, l'assuré a demandé à F. \_\_\_\_\_ SA de bien vouloir revoir sa décision selon un document qu'il avait annexé à son courrier, à savoir un protocole opératoire du 14 juin 1979 mentionnant qu'à cette date, il avait subi une arthroscopie suivie d'une arthrotomie pratiquée par le Dr [...] pour suspicion non confirmée de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne gauche et d'arrachement au plafond du ligament croisé antérieur. Il résulte de ce protocole opératoire notamment ce qui suit :

« Arthroscopie selon technique habituelle, qui ne montre pas de lésion évidente du ménisque interne, mais une zone cruentée à l'insertion au plafond du ligament croisé antérieur. Nous ne voyons pas d'autre lésion dans ce genou. En raison d'une clinique faisant suspecter une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de cette lésion cruentée à l'insertion haute du croisé antérieur, nous décidons de pratiquer une arthrotomie interne. Arthrotomie interne du genou gauche, selon technique habituelle. L'examen attentif du genou ne montre pas de lésion, aussi bien du croisé antérieur qui est légèrement distendu et du ménisque interne, qui est tout à fait intact. Le ligament latéral interne est normal aussi. Contrôle de l'hémostase. Fermeture plan par plan selon technique habituelle sur un drain de Redon.

A la fin de l'intervention, confection d'un pansement légèrement compressif. ».

Le 21 mai 2012, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« **4.- Evaluation / réponses du médecin-conseil**

- L'accident de 1986 n'a vraisemblablement provoqué aucune lésion. Le ligament croisé était déjà décrit en 1979 comme détendu. Plusieurs épisodes de lâchage se sont produits en 1979 et 1986. Un de ceux-ci a très bien pu déchirer définitivement ce ligament. Quoi qu'il en soit, en 1986 ce ligament n'existait plus. Il ne pouvait par conséquent pas avoir été touché par l'accident de juin 1986.
- Or, en 1986, seul le LCA était décrit comme défectueux. La péjoration de l'état du genou qui a obligé à pratiquer les diverses interventions décrites ci-dessus sont la conséquence de la lésion du LCA et est donc indépendante de l'accident assuré.
- Vu ce qui précède, les traitements du genou gauche effectué depuis juin 1986 n'[on]t aucun rapport avec un événement récent, mais avec celui de 1979 ou éventuellement avec l'un des lâchages intervenus entre 1979 et 1986. ».

Le 19 juin 2012, F. \_\_\_\_\_ SA a rendu la décision suivante :

« A. Etat de faits :

1. Le 1<sup>er</sup> juillet 1986, votre employeur, V. \_\_\_\_\_ SA, nous a annoncé par une déclaration de sinistre l'accident dont vous avez été victime le 16 juin 1986 en ces termes : « Chute dans les escaliers ». Vous vous êtes blessé au genou gauche.
2. Vous aviez déjà été opéré à cette articulation. Le rapport de l'arthroscopie du 14 juin 1979 décrit un genou intact, mis à part un ligament croisé légèrement détendu.
3. En 1985, une plastie du ligament croisé antérieur (LCA) est pratiquée par le Dr S. \_\_\_\_\_ suite à un accident de football. Nous n'avons pas de document concernant cette opération. Vous avez arrêté de jouer au football depuis cette intervention chirurgicale.
4. Dans le protocole opératoire du 27 juin 1986, le Dr S. \_\_\_\_\_ diagnostique une *absence du ligament croisé antérieur au genou gauche et une suspicion de lésion méniscale interne non confirmée*. Cet orthopédiste ajoute que l'instabilité du genou gauche existe depuis un accident de 1979.
5. Un nouveau traitement médical débute en 1996 suite à une chute dans votre baignoire le 12 décembre 1995.

6. Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 13 juin 1996, décrit *une dégénérescence méniscale interne et externe, un cyclope antérieur 8 ans après plastie du LCA.*
7. Après plusieurs rechutes, vous ressentez à nouveau des douleurs à votre genou gauche.
8. Notre médecin consultant, le Dr M.\_\_\_\_\_, remarque le 2 juin 1998 que l'arthroscopie effectuée 10 jours après l'événement du 16 juin 1986 a permis de constater l'absence du ligament croisé antérieur. La rupture de ce ligament diagnostiquée le 27 juin 1986 ne peut être en relation avec la chute de 1986, car un ligament manquant ne peut être blessé. Le Dr S.\_\_\_\_\_ précise d'ailleurs que le ligament a été lésé lors d'un accident en 1979. En l'absence de toute autre lésion constatée en 1986, il faut déduire que l'événement de 1986 n'a fait que péjorer passagèrement un genou déjà affecté par des facteurs étrangers à celui-ci et plus particulièrement par l'accident de 1979.
9. Nous avons soumis votre dossier médical à un deuxième médecin consultant les 2 avril et 21 mai 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_. Ce médecin remarque qu'en 1979 une laxité du LCA avait été constatée. Ce ligament détendu a provoqué plusieurs lâchages entre 1979 et 1986. Il est probable qu'un des épisodes soit à l'origine de la déchirure totale de ce ligament. Quoi qu'il en soit, en 1986, il n'existait plus. Il ne pouvait par conséquent pas avoir été touché dans la chute de juin 1986. Il faut ajouter qu'aucune autre anomalie n'a été détectée sur cette articulation par les investigations qui ont suivi votre chute dans les escaliers.
10. Par courrier du 12 avril 2012, nous vous informons que l'état actuel de votre genou n'est pas en relation avec l'accident de 1986, mais avec des accidents antérieurs qui ont provoqué la disparition du ligament croisé antérieur.
11. Le 10 mai 2012, vous nous demandez de revoir notre position en nous transmettant le rapport de l'arthroscopie de 1979 qui atteste que le ligament croisé existait à ce moment-là.

(...)

C. Application des normes juridiques à l'état de fait :

1. L'existence d'un accident le 16 juin 1986 n'est pas contestée.
2. La survenance d'un traumatisme sur une partie du corps déjà atteinte préalablement est aussi admise.
3. Il faut uniquement examiner si, en trébuchant dans les escaliers, des lésions sont apparues au genou gauche et, le cas échéant, si les conséquences de celles-ci ont obligé à pratiquer une plastie du LCA.

4. Les examens médicaux effectués après la chute de juin 1986 ont mis en évidence une absence de LCA. Aucune trace d'un traumatisme récent n'avait été détectée. Le traitement qui a suivi était destiné à reconstituer le ligament absent.
5. Dans aucun de ses rapports, votre médecin traitant n'a mentionné l'événement de 1986 comme étant la cause de l'état de votre genou.
6. Les deux médecins que nous avons consultés, les Dr M. \_\_\_\_\_ et les Dr W. \_\_\_\_\_ (sic), constatent que les opérations pratiquées depuis 1986 n'ont aucun rapport avec l'accident de 1986, puisqu'elles étaient destinées à reconstituer un ligament qui avait été lésé une première fois en 1979, sans être déchiré et qui s'était par la suite totalement déchiré lors d'un événement dont nous ignorons la date et les circonstances, mais qui ne peut être celui de 1986. En effet, lorsqu'un ligament se déchire, il se résorbe progressivement pour disparaître complètement dans un délai de quelques mois, mais qui varie selon les cas. Pour vous, l'arthroscopie qui a permis de diagnostiquer la disparition du ligament a eu lieu 10 jours après votre accident du 16 juin 1986. Dans ce laps de temps, le ligament n'a pu se résorber. Il était ainsi absent lors de cet accident de 1986.
7. En conclusion, l'intervention chirurgicale du 27 juin 1986 n'avait pas pour but de réparer des lésions survenues ce mois-là. Par contre, elle est vraisemblablement intervenue à un moment où les douleurs ressenties après être tombé en 1986 n'avaient pas disparu, par conséquent à une date où vous n'étiez pas rétabli.
8. Or, l'article 36 LAA stipule qu'il n'est pas possible de refuser d'intervenir en invoquant un état préexistant. Ceci ne signifie cependant pas qu'un traitement doit être pris en charge jusqu'à disparition totale des séquelles d'un traumatisme.
9. En effet, le Tribunal fédéral a jugé dans un cas similaire dont la référence est citée plus haut que l'application de cet article 36 LAA n'empêchait pas d'examiner la causalité naturelle des lésions concernées. Dans le cas présent, elle doit être niée puisque la lésion du ligament croisé antérieur qui est à l'origine de l'opération n'a aucun rapport avec un événement récent.
10. Enfin, le fait que les douleurs ou la laxité du genou aient augmenté après l'accident de juin 1986 ne génère pas non plus automatiquement un droit à des prestations puisque la jurisprudence estime que le fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident, ne suffit pas à prouver une causalité.
11. Vu ce qui précède, le lien de causalité entre l'accident de juin 1986 et l'opération pratiquée dans les jours qui ont suivi n'est pas établi. En suivant l'avis des médecins consultés,

notre garantie s'arrête le jour qui a précédé la plastie ligamentaire, soit le 26 juin 1986.

12. L'opération n'étant pas la conséquence d'un accident assuré, il appartient dès lors à la caisse-maladie de prendre en charge les conséquences de l'événement dont il est question. Cependant, nous ne demanderons pas le remboursement des prestations déjà payées. ».

F.\_\_\_\_\_ SA a adressé une copie de la décision à U.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la recourante), assureur-maladie de l'assuré selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Selon l'attestation d'assurance, la police est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Il résulte du compte rendu d'un entretien téléphonique qui a eu lieu le 29 juin 2012 entre l'assuré et F.\_\_\_\_\_ SA notamment ce qui suit :

« Indique qu'il n'a pas eu d'opérations entre 79 et 86, l'allusion à une opération en 85 est fausse.  
Va voir quand il a été engagé chez [...]. Nous demanderons alors au Dr W.\_\_\_\_\_ si l'état du genou peut être la conséquence d'un accident de 84 ou 85. ».

Le 6 juillet 2012, U.\_\_\_\_\_ SA a formé opposition à la décision rendue le 19 juin 2012 par F.\_\_\_\_\_ SA. Elle a relevé que l'assuré avait chuté dans les escaliers et que son médecin-conseil, le Dr G.\_\_\_\_\_, avait constaté que l'opération subie les jours suivants cet accident était due de façon très claire à des lésions post-traumatiques et non à une origine malade ou dégénérative. Elle expose que la question est de savoir si cette opération est en lien de causalité avec l'événement de 1979 ou de 1986. Quelle que soit l'origine de celle-ci, elle soutient qu'elle ne peut en aucun cas être mise à la charge de l'assurance-maladie.

Le 12 juillet 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative à la question « Si le LCA ne s'est pas déchiré en 86, ne pourrait-on pas admettre qu'il a définitivement craqué lors d'un des lâchages évoqués par le médecin qui aurait pu se passer entre le début de la LAA en 84 et 86? », en donnant les motifs suivants :

« Tout d'abord, aucun accident n'a été évoqué. Même si on se réfère aux indications du médecin, il mentionne des lâchages, mais pas des accidents.

En outre, en se référant, au rapport de l'arthroscopie de 79, on voit que le ligament était lésé, puisqu'une zone cruentée y est mentionnée. L'opérateur n'a pas vu la lésion elle-même, mais il décrit un ligament distendu. Or, un ligament ne peut être lâche sans raison. Il est probable que le LCA ait déjà été déchiré en 79, mais que la lésion ait été couverte d'une manière ou d'une autre et soit restée cachée.

Il ne faut pas oublier qu'en 79 les moyens d'investigation étaient encore limités : l'arthroscopie en était à ses débuts et l'IRM n'existait pas. ».

Par décision sur opposition rendue le 11 juillet 2013, F. \_\_\_\_\_

SA a confirmé sa première décision en considérant ce qui suit :

**« I. EN FAIT**

1. Selon la déclaration d'accident du 1.7.1986, M. C. \_\_\_\_\_ a chuté dans les escaliers le 16.6.1986, se blessant au genou gauche.

2. Une arthroscopie avait déjà été pratiquée sur ce genou en 1979. Le rapport mentionne qu'il n'y a pas de lésion évidente du ménisque interne mais une zone cruentée à l'insertion au plafond du ligament croisé antérieur (M1).

3. En 1985, une plastie du ligament croisé antérieur avait été effectuée par le Dr. S. \_\_\_\_\_ suite à un accident de football. Cela ressort de son rapport du 13.6.1996 (M12).

4. Suite à l'événement de 1986, le Dr. S. \_\_\_\_\_ pratique le 27.6.1986 une arthroscopie qui démontre l'absence de ligament croisé antérieur. La suspicion de lésion méniscale interne ne se confirme ainsi pas. Le Dr. S. \_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport opératoire un genou gauche instable avec 4 lâchages importants depuis un accident il y a sept ans, soit en 1979 (M8).

5. Une plastie du LCA est effectuée le 22.8.1986.

6. Un nouveau traitement médical avec incapacité de travail débute en 1996 suite à une glissade dans la baignoire le 3.10.95 (Z56).

7. Le Dr. S. \_\_\_\_\_ diagnostique dans son rapport du 13.6.1996 (M12) une dégénérescence méniscale interne et externe, un cyclope antérieur 8 ans après plastie avec suture du LCA, une chondropathie rotulienne genou gauche. Une nouvelle opération a lieu le 9.1.1996.

8. Après plusieurs rechutes, M. C. \_\_\_\_\_ ressent à nouveau des douleurs au genou gauche.

9. L'ensemble du dossier médical a été soumis premièrement au Dr. M. \_\_\_\_\_ puis au Dr. W. \_\_\_\_\_, tous deux étant médecins-

conseils. Ces derniers se rejoignent pour affirmer qu'en l'absence de toute lésion constatée en 1986 sur le genou gauche, l'accident de 1986 n'a fait que péjorer passagèrement l'état du genou gauche, ce dernier étant déjà affecté antérieurement.

10. Par décision du 19.6.2012, notre siège régionale (sic) pour la Suisse romande met un terme aux prestations au 26.6.1986.

11. Par courrier du 6.7.2012, vous formez opposition.

## II. CONSIDERANTS

1. Seule est litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 16.6.1986 et les opérations du genou gauche subies par M. C.\_\_\_\_\_.
2. La notion de causalité naturelle a été correctement définie dans la décision contestée, nous y renvoyons afin d'éviter d'inutiles redites. Il s'agit là d'une question de fait qui doit être tranchée sur la base des avis médicaux.
3. M. C.\_\_\_\_\_ a subi un accident de foot en 1979 (Z67), soit à une époque où la LAA n'existait pas encore. Suite à cet accident, une arthroscopie a été effectuée (M1) puis une plastie du LCA en 1985 pour lequel nous n'avons aucun document. Notre médecin-conseil Le Dr. W.\_\_\_\_\_ relève qu'en 1979, une laxité du LCA avait été constatée. Ce ligament détendu a provoqué plusieurs lâchages entre 1979 et 1986. Il est probable qu'un des épisodes soit à l'origine de la déchirure totale de ce ligament. Quoi qu'il en soit, au moment de l'accident de 1986, ce ligament n'existait plus et ne pouvait ainsi pas avoir été touché lors de la chute de juin 1986. Lorsqu'un ligament se déchire, il se résorbe progressivement pour disparaître complètement dans un délai de quelques mois, mais qui varie selon les cas. L'arthroscopie qui a permis de diagnostiquer la disparition du ligament a eu lieu 10 jours après l'accident. Dans ce laps de temps, le ligament n'a pu se résorber. L'intervention du 27.6.1986 n'avait pas pour but de réparer des lésions survenues en juin 1986. Elle a par contre eu lieu à un moment où les douleurs ressenties après la chute de juin 1986 n'avaient pas disparu. Le Dr. W.\_\_\_\_\_ apporte encore les précisions suivantes suite à votre opposition : selon le rapport d'arthroscopie de 1979, le ligament était lésé puisqu'une zone cruentée y est mentionnée. L'opérateur n'a pas vu la lésion elle-même mais il décrit un ligament distendu. Or un ligament ne peut être lâche sans raison. Il est probable que le LCA ait déjà été déchiré en 1979 mais que la lésion ait été couverte d'une manière ou d'une autre et soit restée cachée. Il ne faut pas oublier selon le Dr. W.\_\_\_\_\_ qu'en 1979 les moyens d'investigations étaient limités : l'arthroscopie en était à ses débuts et l'IRM n'existait pas.
4. Il convient de relever que vous ne présentez aucun argument d'ordre médical dans votre opposition, estimant selon votre médecin-conseil, sans pièce à l'appui, qu'il s'agit bien des suites d'un accident, que ce soit celui de 1979 ou 1986.

5. Les examens médicaux effectués après la chute de juin 1986 ont mis en évidence une absence de LCA. Aucune trace d'un traumatisme récent n'a été constaté[e]. Le traitement qui s'en est suivi était destiné à reconstituer le ligament absent. Sur la base de l'ensemble des pièces médicales au dossier et de l'avis bien motivé et des explications convaincantes du Dr. W.\_\_\_\_\_, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 1986 et les opérations subies doit être niée. C'est ainsi à juste titre que la prise en charge s'arrête avant l'opération du 27.6.1986.
6. Relevons toutefois que nous renonçons à demander le remboursement des prestations déjà versées. ».

**C.** Par acte du 11 septembre 2013, U.\_\_\_\_\_ SA a recouru contre cette décision en concluant à son annulation. Elle soutient notamment que l'assuré a subi un accident de football en 1985 et que dans ses suites, il a bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur et que, même s'il manque tout document concernant cette intervention, la notion d'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit ne sont pas contestées, cette mention figurant dans le document même de l'intimée, dont la recourante estime ne pas avoir à mettre en doute la véracité. Elle allègue qu'une plastie du ligament croisé peut toujours dégénérer, l'absence totale de ligament lors de l'intervention de 1986 parlant en faveur de cette appréciation, l'ancien ligament ayant été soigneusement enlevé en 1985.

La recourante a produit une appréciation du 5 septembre 2013 de son médecin-conseil, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dont la teneur est la suivante :

« L'argumentation des médecins de F.\_\_\_\_\_ SA se fonde sur l'absence de ligament croisé antérieur lors de l'intervention de 1986. Considérant qu'il ne s'agissait pas d'un cas LAA en 1979, les médecins experts concluent que nous nous trouvons en 1986 dans une situation que F.\_\_\_\_\_ SA n'aurait pas dû prendre en charge, l'intervention étant là pour corriger un état antérieur. Or, le patient a subi un accident de football en 1985 et, dans ses suites, a bénéficié d'une plastie du ligament croisé antérieur. Même s'il manque tout document concernant cette intervention, la notion d'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit ne sont pas contestées; mieux, cette mention figure dans le document même de F.\_\_\_\_\_ SA et nous n'avons pas de raison de mettre sa véracité en doute. Sans qu'il faille l'imputer à l'orthopédiste, une plastie du ligament croisé peut toujours dégénérer et l'absence totale de ligament lors de l'intervention de 1986 parle même en faveur de cette

appréciation, l'ancien ligament ayant été soigneusement enlevé en 1985.  
Ainsi donc, la situation de 1986 n'est pas la conséquence de l'accident de 1979 mais bien celle de l'accident de 1985 et de la mauvaise évolution de la plastie ligamentaire effectuée. A, ce titre l'argumentation d'opposition de F. \_\_\_\_\_ SA n'est plus relevant. ».

Dans sa réponse du 28 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment allégué que le Dr W. \_\_\_\_\_ avait donné des explications convaincantes, notamment relatives à l'absence de ligament croisé antérieur lors de l'intervention de 1986. S'agissant du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_, elle soutient qu'il ne tient pas compte du rapport opératoire de 1979 qui met en évidence une zone cruentée, démontrant que le ligament est lésé, l'assuré présentant selon elle bien avant l'accident de 1986 un état dégénératif au niveau du genou gauche et n'étant pas assuré lors de l'accident de 1979. Concernant un éventuel accident de football, elle estime que des doutes subsistent quant à la réalité et la date d'un tel accident (1979 ou 1985), les pièces médicales faisant référence à un tel accident en 1979, voire 1985, alors que l'assuré ne se souvient pas d'un tel événement.

Dans son écriture du 9 mai 2014, l'assuré, en sa qualité de tiers intéressé, s'en est remis à justice.

### **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, sous réserve de dérogations expresses (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 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).

**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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi, il est recevable.

**2.** Il y a lieu d'examiner si c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations.

**a)** Dans la décision attaquée, elle ne se réfère pas à une reconsidération. Toutefois, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale ; ATF 130 V 380). L'assurance-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'elle n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'a pas encore admis son obligation de prester (TF 8C\_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2 et la référence citée).

**b)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent

être cumulativement réalisés ; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s., consid. 2). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

Il y a causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 121 V 204 consid. 6b ; ATF 119 V 7 consid. 3c/aa ; ATF 115 V 133 consid. 3). 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 118 V 286 consid. 1b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; ATF 115 V 133 et 403 consid. 3, ainsi que la jurisprudence et la doctrine mentionnées dans ces arrêts ; cf. aussi Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 51 ss ; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 458 ss). Le juge ne s'écartera des avis médicaux que lorsque ceux-ci apparaissent lacunaires ou contradictoires (ATF 107 V 173 consid. 3).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 *in limine*). 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 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

**c)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>e</sup> éd., n° 153, p. 895).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>e</sup> phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais

qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 et les références citées).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au 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 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c).

**3.** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

**4. a)** En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner si l'assuré a subi un ou plusieurs accidents avant 1986.

Il est établi que l'intéressé a subi une intervention chirurgicale en 1979 alors qu'il n'était pas assuré auprès de l'intimée. Il a en effet

répondu le 30 avril 1999 qu'il avait eu un accident de football et qu'il avait été soigné pour ces troubles par le Dr S.\_\_\_\_\_. Il a indiqué que son employeur à l'époque était T.\_\_\_\_\_ sans indiquer quel était l'assureur qui avait pris en charge les frais médicaux relatifs à cette intervention. Il résulte en outre du protocole opératoire du 14 juin 1979 qu'à cette date, l'assuré a subi une arthroscopie suivie d'une arthrotomie pratiquée par le Dr [...] pour suspicion non confirmée de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne gauche et d'arrachement au plafond du ligament croisé antérieur. Il a été constaté que l'arthroscopie n'avait pas montré de lésion évidente du ménisque interne, mais une zone cruentée à l'insertion au plafond du ligament croisé antérieur. Lors de l'arthrotomie interne, il n'avait pas été constaté de lésion, aussi bien du croisé antérieur, qui était légèrement distendu, que du ménisque interne, tout à fait intact, le ligament latéral interne étant normal aussi.

Le 3 juillet 1986, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait état d'une chute de l'assuré dans les escaliers le 17 juin 1986 et suspectait une déchirure du LCA du genou gauche. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a déclaré avoir vu l'assuré à la suite d'un lâchage du genou gauche le 17 juin 1986 et avoir posé le diagnostic d'absence du ligament croisé antérieur et de suspicion de lésion méniscale interne non confirmée lors d'une arthroscopie du 27 juin 1986. Il a en outre procédé à une plastie du LCA le 22 août 1986. Certes, le protocole opératoire de cette intervention ne figure pas au dossier malgré les demandes de l'intimée au Dr S.\_\_\_\_\_, mais ce praticien indique avoir procédé à cette intervention à la date indiquée dans son rapport du 21 octobre 1987. Le 11 novembre 1986, il a d'ailleurs transmis à l'intimée une note d'honoraires mentionnant une hospitalisation de l'assuré à la clinique [...] du 21 au 30 août 1986 et une intervention le 22 août 1986.

C'est par erreur que le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 13 juin 1996 une plastie du LCA en 1985 après un accident de football. En effet, il n'y a aucune pièce au dossier corroborant ce fait. De plus, l'assuré a indiqué qu'il n'y avait pas eu d'opération entre 1979 et 1986. D'ailleurs, dans ce même rapport, qui se réfère à une consultation

du 12 décembre 1995, ce praticien indique une dégénérescence méniscale huit ans après une plastie avec suture du LCA, ce qui signifierait qu'elle aurait eu lieu en 1987, ce qui n'est pas le cas. Les dates mentionnées ne sont donc pas exactes.

En conséquence, ni la survenance d'un accident en 1985, ni une plastie du LCA effectuée cette même année ne sont établis.

Le seul accident avant 1986 établi est dès lors celui de 1979.

**b)** Il faut ensuite examiner les conséquences de l'accident du 17 juin 1986.

Selon le protocole opératoire de l'arthroscopie du 27 juin 1986 établi par le Dr S.\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait d'une instabilité du genou gauche avec quatre lâchages importants depuis un accident ayant eu lieu il y a sept ans. L'absence du ligament croisé antérieur a été constatée. Le 5 décembre 2000, le Dr M.\_\_\_\_\_ relève que c'était à tort que le cas avait été admis pour une blessure du ligament, lequel n'avait pu être blessé puisqu'il manquait. Le Dr W.\_\_\_\_\_ est du même avis, expliquant le 21 mai 2012 que l'accident de 1986 n'avait vraisemblablement provoqué aucune lésion, le ligament croisé étant déjà décrit en 1979 comme détendu, et vu les épisodes de lâchage, l'un de ceux-ci ayant très bien pu déchirer définitivement ce ligament. Dès lors que la péjoration de l'état du genou ayant entraîné les diverses interventions pratiquées était la conséquence de la lésion du LCA, il en déduit que cette péjoration est indépendante de l'accident assuré et que les traitements du genou gauche effectués depuis juin 1986 n'ont aucun rapport avec un événement récent, mais avec celui de 1979 ou éventuellement avec l'un des lâchages intervenus entre 1979 et 1986. Il a précisé le 12 juillet 2012, que les lâchages n'étaient pas des accidents et qu'en se référant au rapport de l'arthroscopie de 1979, on voyait que le ligament était lésé, dès lors qu'une zone cruentée y est mentionnée. Il a expliqué que l'opérateur n'avait pas vu la lésion elle-même, mais décrivait un ligament distendu. Considérant qu'un ligament ne peut être lâche sans raison, il a estimé

probable que le LCA ait déjà été déchiré en 1979, mais que la lésion ait été couverte d'une manière ou d'une autre et soit restée cachée.

Les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ sont bien motivées et convaincantes. Elles ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux en particulier pas par celui du Dr G.\_\_\_\_\_ qui ne considère pas non plus que le ligament ait été lésé en 1986 mais attribue cette lésion à un accident en 1985, lequel comme on l'a vu n'est pas établi.

Ainsi, le lien de causalité entre l'accident de 1986 et les opérations subies doit être nié.

**c)** C'est dès lors à juste titre que l'intimé a mis fin à ses prestations.

**5.** Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée, sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD ; ATF 128 V 124 consid. 5b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 juillet 2013 par F.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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 :

- U. \_\_\_\_\_ SA
- F. \_\_\_\_\_ SA
- C. \_\_\_\_\_
- 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 :