

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Métral et Reinberg, assesseur,
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Loyco SA, à Carouge,

et

K._____, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPG; 6 al. 1 et 2 LAA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'enseignante de musique pour le compte de la [...] depuis septembre 1992. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la [...], laquelle a été reprise en 2005 par K. _____ (ci-après : K. _____ ou l'intimée).

Le 16 novembre 2011, l'assurée a glissé sur une tomate sur son lieu de travail. Elle est tombée en se cognant le genou droit et en se tordant le genou gauche (cf. déclaration de sinistre du 28 février 2012).

Dans un rapport du 6 mars 2012 à K. _____, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant, informant que la première consultation avait eu lieu le jour même, a indiqué que l'assurée avait fait une chute avec entorse au genou gauche. Il signalait également l'existence d'une contusion au genou droit. L'assurée se plaignait de douleurs persistantes au genou gauche, en aggravation depuis deux semaines. Le Dr F. _____ constatait une douleur interligne interne aux mouvements de torsion. Il suspectait une lésion méniscale et une entorse du ligament latéral interne. Enfin, il attestait d'une incapacité de travail à 50% dès le 28 février 2012.

Dans un rapport du 8 mars 2012 à K. _____, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic d'entorse du genou gauche. Il indiquait avoir vu l'assurée en consultation le 28 février 2012, laquelle avait fait état de douleurs aiguës immédiates, puis d'une amélioration avec le repos. L'augmentation des activités avait exacerbé à nouveau ses douleurs, auxquelles s'ajoutaient une boiterie et une sensation d'instabilité.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche a été réalisée le 14 mars 2012. Dans son rapport d'IRM du 15 mars

2012 au Dr F._____, le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a fait part des conclusions suivantes :

« Déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ayant libéré partiellement une languette paramédiane; chondropathie fémoro-tibiale interne associée focalement au stade IV; discret émoussement du bord libre de la corne moyenne du ménisque externe; minime chondropathie fémoro-patellaire ».

K._____ a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 26 mars 2012, le Dr T._____ a évoqué l'existence d'un facteur externe, soit une gonarthrose varisante. Il ajoutait qu'en l'absence d'opération, le *statu quo sine* serait atteint à la reprise totale de travail, soit le 19 mars 2012.

Le 2 avril 2012, l'assurée a déposé une demande de garantie d'hospitalisation pour le 18 avril 2012. N'étant pas encore en mesure de confirmer son obligation de prester, K._____ a signifié le 3 avril 2012 son refus provisoire de garantie de prise en charge des coûts pour le séjour à l'hôpital.

Dans un rapport du 17 avril 2012 à K._____, le Dr F._____ a retenu le diagnostic de déchirure méniscale interne du genou gauche et de lésion chondrale focale. Il mentionnait qu'une arthroscopie était prévue le lendemain.

Ce médecin a pratiqué cette arthroscopie du genou gauche le 18 avril 2012. Dans son rapport opératoire du même jour, il a conclu à une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, en T, avec une languette avulsée sous la jonction, 1/3 moyen, 1/3 postérieur, et à un ulcère chondrale 12x15 mm en « patin » sur la lésion méniscale. Il a pratiqué une résection de la corne postérieure et une régularisation arthrocare. Il n'a noté aucun épanchement.

K._____ a soumis le cas à son médecin-conseil pour un nouvel avis. Dans un rapport du 23 avril 2012, le Dr T._____ a exposé

que le lien de causalité naturelle entre l'accident et le traitement n'était que possible compte tenu de la gonarthrose varisante ainsi que du fait qu'il s'agissait au départ d'une contusion au genou droit et que la première consultation officielle pour le genou gauche n'avait eu lieu que le 28 février 2012, soit plus de quatre mois après l'accident.

L'assurée présentant une tuméfaction et des douleurs croissantes trois semaines après l'opération du 18 avril 2012, une IRM a été réalisée le 5 juin 2012. Dans son rapport du 6 juin 2012 au Dr F._____, le Dr W._____ a conclu à un état de ménisectomie partielle externe caractérisé par un résidu par endroits fragmenté dans le secteur corporel, accompagné d'une nette extension de la chondropathie fémoro-tibiale interne largement au stade IV au niveau de la zone portante, à l'apparition d'un foyer de fracture sous-chondrale du condyle interne, peut-être compliquée de l'ébauche d'une nécrose à l'interface de la corticale. Pour le reste, il existait un *statu quo*.

Dans un avis du 25 juin 2012, le Dr T._____ a informé K._____ qu'il était difficile de se prononcer sur le lien de causalité naturelle dans la mesure où l'arthrose droite pouvait avoir masqué une lésion méniscale gauche. Il précisait, d'un autre côté, que ce genou gauche présentait des signes d'arthrose interne et qu'il était donc logique que le ménisque interne ne soit pas en bon état, ajoutant que la première consultation pour le genou gauche avait eu lieu seulement quatre mois après l'accident. Il estimait que l'aggravation de l'état du genou gauche était passagère et que le *statu quo sine* était atteint à environ deux mois après l'opération.

Le Dr T._____ a complété son avis le 2 juillet 2012 après avoir pris connaissance du rapport d'IRM du 6 juin 2012 et a confirmé le *statu quo sine* retenu dans son avis du 25 juin 2012. Il suggérait en outre de mettre en œuvre une expertise en cas de contestation.

Par décision du 20 septembre 2012, K._____ a mis fin au versement des prestations d'assurance-accidents dès le 6 juin 2012. Se

fondant sur l'avis de son médecin-conseil, elle a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint le 5 juin 2012 au plus tard.

Le 17 octobre 2012, l'assurée, alors représentée par U._____, s'est opposée à cette décision. Elle a fait valoir que la prise de position du Dr T._____ était insuffisante pour apporter la preuve que le *statu quo sine* avait été atteint, ce médecin ayant lui-même suggéré la mise en œuvre d'une expertise en cas de contestation. Elle demandait la poursuite du versement des prestations au-delà du 5 juin 2012 et subsidiairement la réalisation d'une expertise médicale.

K._____ a sollicité l'avis du Dr T._____, lequel estimait, dans une note manuscrite du 29 octobre 2012, que l'événement accidentel avait révélé une gonarthrose bilatérale qui était en train de se décompenser.

Dans un courrier du 30 octobre 2012 au médecin-conseil d'K._____, le Dr F._____ a fait part de son désaccord avec la décision du 20 septembre 2012, exposant les arguments suivants :

« 1. Avant l'événement du 16.11.2011, la patiente ne présentait aucune symptomatologie au niveau de ce genou.

2. Le fait que la 1^{ère} consultation eu lieu 4 mois après l'accident ne remet pas en question la causalité. Il est parfaitement compréhensible que la patiente ait attendu quelques semaines en espérant la résolution spontanée de la symptomatologie, puis finalement ait consulté devant la persistance et même l'aggravation de cette symptomatologie.

3. Lors de l'arthroscopie du 18.04.2012, j'ai constaté une déchirure franche de la corne postérieure du ménisque interne, avec une languette avulsée. Le ménisque était par ailleurs en bon état sans signe de ménisquose. Ceci est donc tout à fait compatible avec une déchirure récente.

4. En ce qui concerne la lésion du cartilage, il s'agissait d'une lésion bien circonscrite sur le condyle interne, de 15 à 20mm de diamètre, et de type fracture chondrale. Le reste du cartilage était en bon état. Il est donc tout à fait vraisemblable que cette lésion chondrale ait été provoquée lors de l'accident, ou par la suite par effet d'essuie-glace en contact avec la lésion méniscale.

Je ne vois donc aucun argument pour parler d'arthrose préexistante. [...] ».

U._____ a soumis le cas de l'assurée à son médecin-consultant, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 15 novembre 2012, le Dr V._____ a estimé qu'il convenait de compléter le dossier, en particulier de déterminer si l'assurée avait évoqué la symptomatologie au niveau de son genou gauche à l'occasion d'autres consultations pour son genou droit et de clarifier les antécédents au niveau de son genou gauche. Il relevait en outre que la prise de position du Dr T._____ ne semblait pas définitive et que si l'on pouvait distinguer un peu d'arthrose sur l'IRM du 5 juin 2012, celle-ci était moins marquée que ce qu'indiquait le radiologue. Enfin, Le Dr V._____ préconisait la mise en œuvre une expertise médicale externe.

Sur demande d'K._____, le Dr F._____ a indiqué, dans un courrier du 3 décembre 2012, que la patiente l'avait consulté le 21 novembre 2011 pour un contrôle de son genou droit. A cette occasion, elle lui avait fait part de sa chute et de douleurs à son genou gauche. Le Dr F._____ a précisé avoir sommairement examiné le genou gauche, qui présentait une discrète tuméfaction et des douleurs à la flexion au-delà de 110°, et conclu à une simple contusion sans examens complémentaires. Il avait proposé à l'assurée de le recontacter si l'évolution était défavorable.

Une IRM du genou gauche a été réalisée le 4 février 2013 pour un contrôle neuf mois après opération. Dans son rapport du même jour, le Dr W._____ a fait part des conclusions suivantes :

« Disparition quasi complète de l'œdème du condyle fémoral interne et évolution du remaniement sous-chondral associé suggérant l'évolution de la fracture sous-chondrale vers la consolidation; extension de la chondropathie fémoro-tibiale interne, largement au stade IV, évoluant vers l'arthrose; statu quo par ailleurs ».

K._____ a mandaté le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de réaliser une expertise médicale, laquelle a eu lieu le 28 mai 2013. Dans son

rapport d'expertise du 24 juillet 2013, le Dr Q._____ a retenu les diagnostics de lésion du ménisque interne du genou gauche, avec status post arthroscopie et méniscectomie partielle interne (18 avril 2012), d'entorse du ligament latéral interne du genou gauche (16 novembre 2011), de gonarthrose varisante du genou gauche, de gonarthrose interne secondaire du genou droit avec pose d'une prothèse uni compartimentale en 2010, de patella alta gauche et d'hyperlaxité morphologique. Il ressort de l'anamnèse que l'assurée a repris le travail à la mi-juillet 2012, sans interruption depuis lors. L'état de son genou gauche était déclaré satisfaisant et l'assurée ne formulait aucune plainte à ce niveau. Elle relevait néanmoins la réapparition d'épanchement lors des surcharges mécaniques, s'accompagnant de douleurs. Dans le cadre de l'expertise, des radiographies du genou gauche ont été réalisées le 30 mai 2013, desquelles il ressort une discrète ascension de la rotule sur le plan sagittale et une gonarthrose interne et externe, prédominante du côté interne en Schuss. Le Dr Q._____ a répondu comme suit aux questions relatives notamment à la relation de causalité :

« 5.1 L'état de santé actuel est-il dû à l'accident (= 50% ou plus) ?

En ce qui concerne la lésion méniscale et les traitements qui ont suivi, soit l'arthroscopie du 18.04.2012, cette situation est due à l'événement du 16.11.2011, de manière plus que vraisemblable.

Pour l'évolution vers l'atteinte arthrosique varisante gauche, je ne retiens pas la causalité naturelle, je pense que cette atteinte dégénérative précédait l'événement qui nous concerne.

5.2 Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies; maladies concomitantes, etc.). Si oui, lesquels ?

Il est vraisemblable que le varus et l'atteinte dégénérative précédait l'événement du 16.11.2011. Les radios réalisées le 30.05.2013 montre[nt] des signes d'arthrose du compartiment fémoro-tibial interne importante, cette évolution dramatique rapide est peu probable, raison pour laquelle il faut admettre une atteinte dégénérative asymptomatique préexistante.

[...]

7.1 L'état de santé est-il actuellement stabilisé ?

L'état de santé est actuellement stabilisé en tout cas pour toutes les activités n'entraînant pas de surcharge mécanique, soit ports de charges lourdes, longs déplacements en terrain accidenté. Ces surcharges décompensent son genou gauche.

7.2 Y'a-t-il lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé ? Si oui, par quel traitement ?

L'état actuellement est stabilisé, elle entretient sa forme physique régulièrement, ce qui prévient un certain temps l'aggravation de sa gonarthrose.

[...]

8. En référence à l'art. 36 OLAA et l'annexe 3 OLAA, à quel taux estimez-vous l'atteinte à l'intégrité (en tenant compte d'une aggravation prévisible uniquement en relation de causalité avec l'accident) ?

Je pense qu'il n'y a pas d'aggravation prévisible en relation directe de causalité avec l'événement du 16.11.2011, je pense que l'on peut considérer qu'il s'agit d'une aggravation passagère, d'un genou présentant au moment de l'événement déjà des signes d'arthrose. Je considère que le *statu quo sine* est atteint lors de la reprise du travail à l'été 2012 (mi-juillet 2012) ».

Sur demande de l'assurée, K._____ a soumis au Dr Q._____ une série de questions complémentaires soulevées par le Dr V._____. Dans un complément d'expertise du 25 novembre 2013, le Dr Q._____ a fourni les réponses suivantes :

« 1. Y'a-t-il eu une nette augmentation des troubles dégénératifs entre les IRM du 14.03.2012 et du 04.02.2013 ?

Il est difficile de répondre à cette question, les troubles dégénératifs tel l'arthrose et son développement n'étant pas jugé de manière habituel[le] sur les IRM, mais sur des clichés fonctionnels.

En effet sur les clichés fonctionnels on peut juger de l'amincissement de l'espace intra articulaire du fait de la mise en appui, chose qui n'est pas possible sur une IRM, celle-ci était faite couchée.

Je constate que dans les conclusions du rapport d'IRM [du 14 mars 2012], on observe une disparition quasi complète de l'œdème du condyle fémoral interne et du remaniement sous chondral, ce qui laisse supposer l'absence de nécrose osseuse au niveau du condyle interne, par contre il y a une extension de la chondropathie fémoro tibiale interne, évoluant vers l'arthrose.

2. A l'examen [d]es images IRM du 14.03.2012, estimez-vous que les troubles dégénératifs étaient importants ?

Je constate sur les cliché[s] IRM de 15 à 18, une sclérose sous chondrale du plateau tibial interne associé à une image en miroir au niveau du condyle fémoral interne, laissant suspecter une arthrose. Ces images ne montrent pas clairement d'atteinte fonctionnelle, ces clichés étant faits en décubitus dorsal. Pour pouvoir juger de l'atteinte fonctionnelle des clichés en charge sont nécessaires, comme expliqué au point précéd[e]nt.

3. Sur le rapport radiologique du 06.06.2012 relatif à l'examen du 05.06.2012 le Dr W._____ relève un possible foyer d'ostéonécrose. Retenez-vous ce diagnostic ? Si oui comment évaluez-vous le lien de causalité naturelle entre ce diagnostic et l'accident assuré, (notamment ces suites telle que [la] méniscectomie du 18.04.2012) ?

Le rapport du 06.06.2012 du Dr W._____ relève le possible foyer d'ostéonécrose, dans son rapport du 04.03.2012 [recte : 04.02.2013], ce diagnostic n'a pas été confirmé, on observe dans le dernier bilan du 04.02.2013 une récupération au niveau sous chondral, une absence de destruction osseuse et de modification de l'architecture au niveau du condyle interne. Il n'y a donc pas eu d'évolution vers une ostéonécrose.

4. L'état de santé actuel de l'assurée est-il exclusivement d'origine maladi[ve] ?

L'état des santé actuel de l'assurée est exclusivement d'origine maladi[ve], raison pour laquelle un *statu quo sine* est établi mi-juillet 2012, au moment de la reprise de travail à temps complet.

Les suites d'une arthroscopie avec méniscectomie partielle sont un retour à l'état antérieur dans 3, 4 mois au maximum qui suivent le geste chirurgical. Ce qui correspond à l'état actuel, ou, du moins celui constaté lors de mon expertise. (cf. expertise du 24.07.2013) ».

Dans un courriel du 21 mars 2014 à K._____, l'assurée, désormais représentée par Loyco SA, s'est inquiétée de savoir si l'expert avait bien examiné les radiographies du 30 mai 2013.

Par courriel du même jour, le Dr Q._____ a expliqué avoir décrit les radiographies effectuées le 30 mai 2013 et en avoir ainsi tenu compte dans son expertise. Il a ajouté que cet examen n'avait pas été réalisé au moment des IRM, ce qui expliquait son raisonnement sur la valeur de l'IRM dans l'évaluation de l'arthrose.

Sur conseils du Dr V._____, l'assurée a soumis son dossier radiologique ainsi que des questions au Dr D._____, spécialiste en radiologie. Dans un rapport du 14 avril 2014, le Dr D._____ a retenu une dégradation de l'état cartilagineux du compartiment fémoro-tibial interne entre le 14 mars 2012 et le 4 février 2013, date des IRM effectuées. En tant que radiologue, il ne pouvait toutefois se prononcer sur une éventuelle influence de l'accident ou de la méniscectomie sur cette évolution défavorable. Il observait sur l'IRM du 14 mars 2012 que les troubles dégénératifs existants étaient modérés au niveau des

compartiments fémoro-tibiaux externes et fémoro-patellaires. L'atteinte du compartiment fémoro-tibial interne était un peu plus marqué avec un amincissement modéré mais diffus des surfaces articulaires. A la question de savoir s'il y avait lieu de retenir le diagnostic de possible foyer d'ostéonécrose relevé par le Dr W._____ dans son rapport d'IRM du 6 juin 2012, le Dr D._____ a exposé qu'il y avait deux diagnostics possibles, difficile à différencier l'un de l'autre, soit une zone d'ostéonécrose de l'os sous chondral soit une fracture de stress, mais que de toute manière la lésion n'était plus visible sur l'IRM réalisée le 4 février 2013.

Dans un rapport du 30 avril 2014, le Dr V._____ a suggéré de soumettre l'appréciation du Dr D._____ au Dr Q._____ en lui demandant de se prononcer sur le fait qu'il y avait à l'évidence eu une aggravation de l'arthrose entre mars 2012 et février 2013 ainsi que sur le lien de causalité entre les deux possibles diagnostics retenus par le Dr D._____ et l'arthroscopie du 18 avril 2012, de même que sur l'éventualité que l'un ou l'autre de ces diagnostics conduise à une aggravation de l'arthrose.

Le 12 mai 2014, K._____ a proposé à l'assurée de passer une transaction en fixant le *statu quo sine* au 20 septembre 2012, soit deux mois plus tard que celui fixé par le Dr Q._____ et quatre mois plus tard que celui fixé dans la décision du 20 septembre 2012.

Le 19 juin 2014, l'assurée a fait savoir à K._____ qu'elle était disposée à accepter la proposition de fixer le *statu quo sine* au 20 septembre 2012, sous réserve de la prise en charge par K._____ des frais de traitement et d'hospitalisation non couverts par l'assurance obligatoire des soins pour la mise en place d'une prothèse au genou gauche le 30 avril 2014.

K._____ a sollicité l'avis du Dr T._____ sur les éléments soulevés par les Drs D._____ et V._____ dans leur rapport respectif des 14 et 30 avril 2014. Dans un avis du 25 août 2014, le Dr T._____ a

estimé que le Dr D._____ ne contredisait pas l'expertise du Dr Q._____, dès lors qu'en tant que radiologue il ne pouvait pas se prononcer sur le lien de causalité. Selon le Dr T._____, le Dr D._____ confirmait que l'atteinte sur l'IRM du 14 mars 2012 montrait une lésion surtout interne, soit une gonarthrose varisante. Par ailleurs, ce n'était pas important de différencier les deux diagnostics envisagés, dans la mesure où la lésion était guérie sur l'IRM de février 2013. Cette constatation allait dans le sens du Dr Q._____, puisque même si l'accident avait induit un problème, on était revenu sur un os guéri pour cette lésion. Le Dr T._____ concluait que l'expertise du Dr Q._____ restait valable. Il n'y avait en outre pas lieu de soumettre à l'expert la question des deux diagnostics dans la mesure où la lésion osseuse avait guéri sans séquelles. Le Dr T._____ a enfin indiqué que le Dr Q._____ s'était déjà expliqué sur l'aggravation de l'arthrose. Il précisait qu'il était normal que l'arthrose s'aggrave et que l'aggravation était aléatoire et non-prévisible. Il était ainsi normal qu'à un moment cette aggravation s'accélère sans événement particulier forcément. Le Dr T._____ ajoutait encore que la pose d'une prothèse totale du genou était une suite logique médicalement, que l'arthrose évolue plus ou moins rapidement. Quant au délai entre le début de l'arthrose et la pose de la prothèse, il ne pouvait médicalement rien affirmer car le délai pouvait être variable.

Par décision sur opposition du 25 août 2014, K._____ a partiellement admis l'opposition de l'assurée en fixant le *statu quo sine* au 31 juillet 2012, conformément aux conclusions de l'expertise du Dr Q._____ à laquelle elle accordait une pleine valeur probante. K._____ refusait par ailleurs de prendre en charge la mise en place de la prothèse totale au genou gauche du 30 avril 2014 dès lors qu'elle n'avait jamais été mise en relation de causalité avec l'événement du 16 novembre 2011.

B. Par acte du 25 septembre 2014, J._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la poursuite du versement des prestations au-delà du 31 juillet 2012 et à l'octroi d'une indemnité de 489 fr. 70 afin

de couvrir les frais engagés pour obtenir des avis d'experts. Elle a fait valoir qu'K._____ n'avait pas été en mesure d'apporter la preuve au degré de la vraisemblance prépondérante de l'atteinte d'un *statu quo sine* au 31 juillet 2012 ou à une date ultérieure. Elle estimait que l'expertise du Dr Q._____ était insuffisante pour se déterminer sur ce point et que les médecins consultés par K._____ ne démontraient pas l'inexistence d'un lien de causalité entre l'accident et la dégradation de l'articulation de son genou gauche. Elle précisait que ceux-ci admettaient le caractère aléatoire de l'évolution de l'arthrose sans pouvoir exclure le rôle joué par l'accident et ses suites notamment opératoires dans l'aggravation rapide de son état. Elle ne contestait enfin pas avoir présenté un état dégénératif préexistant à l'accident au niveau de l'articulation de son genou gauche, arguant qu'il ne pouvait en être autrement à son âge de 55 ans.

Dans sa réponse du 27 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle estimait que l'expertise du Dr Q._____ revêtait une pleine valeur probante et relevait qu'aucun médecin traitant ne la remettait en doute. Elle ajoutait que les avis du Dr D._____, lequel était dans l'impossibilité d'établir un lien de causalité entre l'accident et l'aggravation de l'arthrose, et du Dr V._____, dont les opinions étaient brèves et peu motivées, n'étaient pas susceptibles de remettre en cause l'expertise.

Les 26 novembre et 17 décembre 2014 respectivement, la recourante et l'intimée ont confirmé leurs conclusions.

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).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, compte tenu du domicile de la recourante à [...] lors du dépôt du recours, contre une décision sur opposition de l'assureur accident, est recevable.

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

2. La question litigieuse est celle de savoir si, pour les suites de l'accident survenu le 16 novembre 2011, l'intimée reste tenue de servir ses prestations au-delà du 31 juillet 2012, date à compter de laquelle elle considère que les troubles présents au genou gauche ne sont plus en relation de causalité avec cet événement accidentel.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement

accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_71/2012 du 11 décembre 2012 consid. 4 et 5.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

4. a) En vertu de la délégation de compétence donnée par l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur

l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), selon lequel 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; 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion 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 en principe 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.

b) 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. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

5. Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, il convient de prendre en considération, pour apprécier leur valeur probante, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique (cf. ATF 125 V 351 et les références).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

6. a) Dans le cas d'espèce, s'agissant d'une lésion qui entre manifestement dans le cadre de l'art. 9 al. 2 OLAA, il convient au vu des documents médicaux figurant au dossier de déterminer si l'état de santé de la recourante, au-delà du 31 juillet 2012 (*statu quo sine*), pouvait être considéré comme étant d'origine exclusivement malade ou dégénérative.

Sur avis de son médecin-conseil, le Dr T._____, K._____ a mis sur pied une expertise auprès du Dr Q._____, en collaboration avec la recourante, conformément à l'art. 44 LPGA.

b) Dans le cadre de l'expertise médicale, le Dr Q._____ a pratiqué un examen clinique et constaté un discret varus du membre

inférieur à gauche. A cette occasion, la recourante a déclaré son état satisfaisant grâce à un travail musculaire efficace. L'expert a par ailleurs effectué des radiographies du genou gauche le 30 mai 2013, lesquelles ont également révélé une gonarthrose interne et externe, prédominante du côté interne en Schuss. Dans son rapport d'expertise du 24 juillet 2013, le Dr Q._____ a ainsi retenu les diagnostics de lésion du ménisque interne au genou gauche, avec status post arthroscopie et méniscectomie partielle interne, d'entorse du ligament latéral interne du genou gauche, de gonarthrose varisante au genou gauche, de patella alta gauche et d'hyperlaxité morphologique. Selon l'expert, la lésion méniscale et son traitement par arthroscopie du 18 avril 2012 étaient dus à l'accident du 16 novembre 2011. Par contre, il niait l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et l'évolution vers l'atteinte arthrosique varisante gauche. Il affirmait que le varus et l'atteinte dégénérative étaient préexistants à l'accident du 16 novembre 2011. Pour motiver ses conclusions, il prenait appui sur les radiographies du 30 mai 2013, lesquelles montraient des signes d'arthrose du compartiment fémoro-tibial interne importante. Il soutenait qu'une telle évolution dramatique et rapide était peu probable, raison pour laquelle il fallait admettre une atteinte dégénérative asymptomatique préexistante. L'état de santé étant stabilisé et la recourante ayant repris le travail sans interruption depuis la rentrée scolaire 2012, le Dr Q._____ fixait le *statu quo sine* à mi-juillet 2012.

Il sied de constater que le rapport d'expertise du Dr Q._____ repose sur l'étude du dossier médical complet, un examen clinique du 28 mai 2013 durant lequel l'intéressée a pu faire état de ses plaintes, par ailleurs inexistantes au niveau de son genou gauche, et des investigations radiologiques complémentaires requises par l'expert et effectuées le 30 mai 2013. Le Dr Q._____ a exposé par le détail tant les éléments pertinents de l'anamnèse que ses constats cliniques, ainsi que les motifs justifiant ses conclusions. Les explications de ce spécialiste, confirmant d'ailleurs les avis du médecin-conseil de l'intimée, sont par ailleurs convaincantes et exemptes de contradictions, tout en reposant sur les éléments objectifs mis en évidence notamment par les examens complémentaires auxquels s'est soumise la recourante. Il s'ensuit que

l'expertise réalisée par le Dr Q._____ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Dans son mémoire de recours, la recourante ne remet d'ailleurs pas en cause la mise en œuvre de l'expertise. On relèvera à cet égard qu'elle a choisi l'expert mandaté de concert avec l'intimée et qu'elle a pu l'interpeller et lui soumettre ses propres questions. Elle estime cependant que l'expertise du Dr Q._____ en l'état est insuffisante pour statuer sur l'atteinte d'un éventuel *statu quo sine*.

Or, l'expert Q._____ s'est prononcé de manière convaincante sur le lien de causalité et le *statu quo sine*. Dans son complément d'expertise du 25 novembre 2013, il a clairement conclu que l'état de santé actuel de l'assurée était exclusivement d'origine malade, sans lien avec l'accident du 16 novembre 2011, dès lors que l'arthrose était préexistante à l'événement. On peut d'ailleurs relever que la recourante ne conteste pas avoir présenté un état dégénératif préexistant au niveau de son articulation, estimant qu'à son âge, il ne pouvait en être autrement (cf. mémoire de recours du 25 septembre 2014). Le Dr Q._____ fixait le *statu quo sine* à mi-juillet 2012, soit au moment de la reprise de travail à temps complet. Il expliquait par ailleurs que les suites d'une arthroscopie avec méniscectomie partielle étaient un retour à l'état antérieur dans les 3 ou 4 mois qui suivaient le geste chirurgical.

c) En l'occurrence, il n'existe aucun élément susceptible de mettre en doute sérieusement l'expertise du Dr Q._____ et ses conclusions.

La recourante ne démontre d'ailleurs pas en quoi les constatations de l'expert seraient inexactes, se limitant à exprimer des doutes quant à la pertinence de ses conclusions. Elle soutient tout d'abord que nier un lien de causalité entre la dégradation rapide de l'état cartilagineux de son genou après une déchirure méniscale et une résection chirurgicale du ménisque apparaît comme improbable. Or, les

rapports médicaux au dossier ne permettent pas de suivre son argumentation pour les raisons qui suivent.

Se référant à l'avis du Dr D._____, la recourante allègue principalement que la dégradation de l'état cartilagineux a été constatée *a posteriori* par le radiologue et que cela « réduit à néant l'unique argument de l'antériorité des importants troubles dégénératifs ». Or, le Dr Q._____ n'a jamais soutenu que les troubles dégénératifs préexistants *étaient* importants. Il a par contre observé sur les radiographies réalisées le 30 mai 2013 que l'arthrose était arrivée à un stade si avancé, qu'elle ne pouvait avoir comme origine l'accident du 16 novembre 2011, mais qu'elle résultait d'une atteinte dégénérative asymptomatique préexistante. Le fait que le Dr D._____ ait constaté une dégradation de l'état de son genou entre les IRM des 14 mars 2012 et 4 février 2013 ne permet pas d'admettre un lien de causalité entre l'accident (ou l'opération du 18 avril 2012) et cette évolution défavorable. En effet, comme le relève elle-même la recourante, le Dr D._____ n'a formulé aucune conclusion sur l'éventuelle influence de l'accident ou ses suites sur cette dégradation, s'étant déclaré incompétent, en tant que radiologue, pour se prononcer sur ce point (cf. rapport du 14 avril 2014). Par ailleurs, si à l'examen de l'IRM du 14 mars 2012, le Dr D._____ estime que les troubles dégénératifs étaient modérés au niveau fémoro-tibial externe et fémoro-patellaires, il note toutefois que l'atteinte fémoro-tibiale interne était plus marquée, compatible avec une chondropathie focale de stade IV. Il ressort en effet du rapport IRM du 14 mars 2012 que l'assurée présentait déjà à cette époque une chondropathie fémoro-tibiale interne associée focalement au stade IV, qui se traduit par un stade déjà très avancé vers l'arthrose. Cela corrobore - au contraire de ce que soutient la recourante - les conclusions du Dr Q._____ selon lesquelles l'accident du 16 novembre 2011 ne peut être responsable d'une arthrose si évoluée, observée au moment de l'expertise sur les clichés radiographiques du 30 mai 2013.

Les avis du Dr V._____, lequel a été interpellé par le mandataire de la recourante à titre privé, sans toutefois ne l'avoir jamais

examinée, ne contredisent aucunement l'expertise. Tout au long de la procédure, le Dr V._____ s'est limité à soulever des questions, auxquelles l'expert a d'ailleurs répondu. Si dans son dernier avis du 30 avril 2013, le Dr V._____ souhaitait encore interroger le Dr Q._____ sur le vu de l'appréciation du Dr D._____, le Dr T._____ a estimé cela inutile au vu des éléments au dossier. En effet, le Dr Q._____ s'était déjà exprimé sur la question de l'aggravation de l'arthrose constatée entre mars 2012 et février 2013 dans son complément d'expertise du 25 novembre 2013 aux points 1 et 2. Quant à la question relative aux deux diagnostics envisagés par le Dr D._____, soit l'ostéonécrose de l'os sous-chondral ou la fracture de stress, le Dr Q._____ a exposé que le diagnostic de *possible* foyer d'ostéonécrose évoqué par le Dr W._____ à l'IRM du 5 juin 2012 n'avait pas été confirmé à l'IRM suivant. L'expert observait par ailleurs dans le dernier bilan IRM du 14 février 2013 qu'il n'y avait finalement pas eu d'évolution vers une ostéonécrose (cf. complément d'expertise, point 3). Il n'y avait dès lors aucun motif pour retenir un tel diagnostic, encore moins pour se prononcer sur un éventuel lien de causalité avec celui-ci. Quoi qu'il en soit, le Dr V._____ n'a jamais tiré la moindre conclusion quant au lien de causalité entre l'état de santé de la recourante et l'accident du 16 novembre 2011, ni même fourni de véritable élément médical objectif apte à mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr Q._____.

Par ailleurs, si les Drs Q._____ et T._____ admettent que l'évolution d'une arthrose est aléatoire, il n'en reste pas moins que dans ce cas, les éléments médicaux au dossier, en particulier l'argument selon lequel une évolution vers des troubles si importants démontrait une atteinte dégénérative préexistante, ont permis de se déterminer sur le lien de causalité et le *statu quo sine*.

Enfin, l'avis du 30 octobre 2012 du Dr F._____ n'est pas plus à même de discréditer l'expertise du Dr Q._____. Exposant que la lésion constatée au niveau du cartilage lors de l'opération du 18 avril 2012 était bien circonscrite et que le reste du cartilage était en bon état, le Dr F._____ ne voyait pas d'argument pour parler d'arthrose préexistante.

Cela semble toutefois peu soutenable dans la mesure où l'ensemble des médecins ayant examiné l'IRM du 14 mars 2012 - soit un examen réalisé avant ladite opération - ont constaté des signes d'arthrose; Le Dr D. _____ ayant même estimé que les troubles dégénératifs existants au niveau interne étaient déjà marqués sur ces clichés (cf. rapport du 14 avril 2014). Par ailleurs, le fait que la requérante ne présentait aucune symptomatologie au genou gauche avant l'accident du 16 novembre 2011, comme le relève le Dr F. _____ dans son courrier du 30 octobre 2012, ne permet ni de conclure qu'elle ne souffrait pas déjà d'arthrose asymptomatique ni d'établir un lien de causalité avec l'événement accidentel (cf. consid. 3b *supra*).

d) En définitive, les arguments de la requérante sont mal fondés. En l'espèce, l'expertise, dont la force probante a été admise (cf. consid. 5b *supra*) sans qu'aucun des documents médicaux au dossier ne l'ait remise en cause, est parvenue à convaincre la Cour de céans que l'état du genou de la requérante au moment de l'expertise était exclusivement dû à la pathologie dégénérative. Il y a ainsi lieu d'admettre que l'accident ne jouait manifestement plus aucun rôle au moment où la requérante a repris son activité mi-juillet 2012, soit dans les trois mois après l'opération du 18 avril 2012. L'intimée était ainsi fondée à retenir l'atteinte d'un *statu quo sine* au 31 juillet 2012 et à mettre un terme aux prestations d'assurance-accident dès cette date. Partant, elle était également légitimée à refuser de prendre en charge les frais liés à la pose de la prothèse au genou gauche du 30 avril 2014.

7. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la requérante n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 25 août 2014 par K._____ est confirmée.

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

- Loyco SA (pour J._____),
- K._____,
- 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 :