

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 octobre 2015

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
MM. Neu et Métral, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Montreux, recourante, représentée par Me Olivier Carré,  
avocat à Lausanne,

et

**D.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 4 et 43 al. 1 LPGA ; 6 LAA ; 9 al. 2 let. g OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, de nationalité tunisienne, travaillait depuis le 6 avril 2010 à 100% en qualité de serveuse auprès du W. \_\_\_\_\_ à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de D. \_\_\_\_\_ (ci-après : D. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident complétée le 3 juin 2010 et adressée à D. \_\_\_\_\_, l'employeur a indiqué que « *Madame a fait un faux mouvement et elle est tombée* » le 23 mai 2010 à 14h.10 et qu'elle présentait une déchirure du genou gauche. Il a en outre précisé que l'assurée se trouvait en arrêt de travail complet depuis le 4 juin 2010, puis à 50% dès le 17 juin 2010. Par la suite, l'assurée a fourni d'autres certificats médicaux dont un établi le 23 mai 2010 par la Dresse P. \_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'hôpital [...], attestant une totale incapacité de travail du 23 au 26 mai 2010.

Il ressort d'une notice téléphonique du 30 juin 2010 concernant un entretien entre un gestionnaire de D. \_\_\_\_\_ et l'assurée, les précisions suivantes quant au déroulement de l'accident : « *Elle me dit qu'elle était en train de servir du coca lorsqu'en voulant se retourner elle est tombée et a perdu connaissance. Elle ne se rappelle pas avoir heurté quelque chose ou même glissé. Elle me dit aussi qu'elle a été transportée en ambulance à l'Hôpital [...]. (...)* ».

Dans un rapport médical initial LAA complété le 26 juillet 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a précisé que selon les indications de la patiente, il s'agissait d'une entorse du genou en marchant suite à un faux mouvement et que selon l'intéressée, elle n'avait jamais subi un accident du genou. A noter qu'elle jouait au handball à un niveau semi-professionnel dans son pays d'origine. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a constaté une instabilité du genou dans le plan antéro-postérieur. L'IRM a confirmé le diagnostic d'un status après rupture des deux ligaments

croisés sans contusion osseuse. A l'arthroscopie, on trouvait un status cicatriciel des deux ligaments croisés antérieurs, sans aucun signe de lésion fraîche, pas d'épanchement intra-articulaire et pas de signe de lésion fraîche. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'ancienne lésion du ligament croisé antérieur et postérieur.

Dans un courrier du 16 juillet 2010 au Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, les Drs H.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant au département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, ont rapporté que le Dr X.\_\_\_\_\_ avait procédé le 4 juin 2010 à une arthroscopie, mais qu'au vu du status per-opératoire, ce praticien avait conclu à des lésions anciennes et chroniques. Le Dr X.\_\_\_\_\_ avait donc décidé de n'effectuer aucun geste sur ce genou. Selon lui, la patiente simulait cet accident du 23 mai 2010 et exagérait au nouveau de sa symptomatologie douloureuse probablement pour des raisons asséurologiques. Les médecins du DAL ont posé le diagnostic de status post-rupture du LCA du genou gauche et de status post-rupture du LCP du genou gauche en voie de cicatrisation et ont préconisé une bonne rééducation sous physiothérapie.

Par certificat médical du 18 août 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 50% avec une reprise de travail à 100% à compter du 23 août 2010.

Par courrier du 19 août 2010, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 septembre 2010 en raison des « licenciements planifiés à la fin de la saison ».

Par certificat médical du 30 août 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de deux semaines à compter de la date précitée sans autre précision.

Au vu de ces éléments, D.\_\_\_\_\_ a décidé de mettre en œuvre une expertise médicale afin d'apprécier le droit aux prestations

d'assurance de l'intéressée et a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport du 20 décembre 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament croisé postérieur du genou gauche. L'expert a exposé que l'événement du 23 mai 2010 tel que décrit par l'assurée était un événement banal. Cette dernière s'est retournée, son pied gauche n'est pas resté bloqué, elle n'a pas glissé, il ne s'est rien passé de particulier lors de ce mouvement. La violence de la douleur ressentie lui aurait fait perdre connaissance. Il s'agissait d'une manifestation plutôt inhabituelle, mais qui ne pouvait être formellement exclue. L'expert a toutefois relevé que de manière surprenante, ce traumatisme n'avait provoqué ni hémarthrose, ni contusion osseuse, ce qui était la règle dans un traumatisme grave du genou. En effet, pour que survienne une déchirure simultanée du ligament croisé antérieur et du ligament croisé postérieur, le genou devait subir un traumatisme violent à haute énergie avec sur le plan clinique une hémarthrose importante et une impotence fonctionnelle totale. La résonance magnétique confirme alors l'hémarthrose et très souvent une contusion ostéo-chondrale est associée aux lésions ligamentaires. Or, rien de tel n'avait été constaté chez l'assurée ce qui n'était pas surprenant au vu de la banalité de l'événement survenu le 23 mai 2010. L'assurée l'a informé qu'une plastie du LCA était prévue pour le 25 janvier 2011 au CHUV, l'expert précisant à ce sujet qu'une telle intervention pouvait améliorer le sentiment de sécurité et la stabilité de ce genou. L'expert a émis des doutes quant à la relation de causalité entre l'événement banal survenu le 23 mai 2010 et la déchirure des deux ligaments croisés du genou gauche, précisant qu'au vu des constatations cliniques et d'imageries ultérieures, il était difficile d'admettre une relation de causalité, même de façon possible. Le genou gauche était calme et sec sans aucun traumatisme cartilagineux ou ostéo-cartilagineux, ni de signe d'hémarthrose ou d'œdème synovial. Le rapport de causalité n'était dès lors pas établi entre l'événement du 23 mai 2010 et la déchirure des ligaments croisés, antérieur et postérieur. Les constatations cliniques, d'imagerie et d'arthroscopie parlaient en faveur de lésions anciennes,

lesquelles étaient probablement consécutives à la pratique du handball de haut niveau. L'événement du 23 mai 2010 avait dès lors permis de mettre en évidence des lésions préexistantes à l'événement incriminé. Il a conclu à une capacité de travail de 50% en qualité de serveuse dès le 1<sup>er</sup> juillet 2010, soit trois semaines après une arthroscopie diagnostique sans geste thérapeutique, délai suffisant pour récupérer le statu quo ante.

Par décision du 13 janvier 2011, D.\_\_\_\_\_ a mis fin au versement de ses prestations en faveur de l'assurée à compter du 22 août 2010.

Le 7 février 2011, l'assurée s'est opposée à cette décision en réaffirmant n'avoir « *jamais été victime d'aucun accident au genou avant cet événement, il est regrettable de constater que le rapport de l'opérateur, le Dr X.\_\_\_\_\_ avance des éléments contradictoires et le rapport scandaleux de[u] Dr F.\_\_\_\_\_ qui évoque l'événement du 23.05.2010 comme banal, alors que ce jour-là je me suis faite conduit[r]e en urgence à l'hôpital suite à mon accident et avant l'arrivée des premiers secours je souffrais des douleurs au genou* ». Le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué par courrier du 2 février 2011 à D.\_\_\_\_\_ que l'origine de la rupture de ligaments croisés n'était pas élucidée, la patiente ne se souvenant pas d'un accident survenu à haute vitesse dans le passé. Il a suggéré de s'adresser au Dr H.\_\_\_\_\_ lequel avait pratiqué le 25 janvier 2010 [recte : 2011] une opération des ligaments croisés.

Lors d'un entretien téléphonique du 29 mars 2011 avec un gestionnaire de dossier de D.\_\_\_\_\_, l'assurée lui a expliqué « *qu'en fait elle est tombée derrière le bar et qu'elle s'est cognée deux fois la jambe contre le bar en tombant (nouvelle version). Ses collègues ont dû rectifier son pied* ».

Le 6 avril 2011, D.\_\_\_\_\_ a sollicité le rapport relatif à l'IRM du genou gauche du 27 mai 2010 laquelle avait mis en évidence une déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament croisé postérieur, complète, ainsi qu'un léger épanchement articulaire.

Dans un rapport du 25 août 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ a, dans le cadre de son appréciation, estimé que la rupture du ligament croisé antérieur était due au traumatisme du 23 mai 2010 et ce, pour les motifs suivants :

"[...].

1. L'anamnèse est typique d'une entorse du genou, avec un traumatisme tout à fait adéquat. Mécanisme tortionnel sur un pied fixé au sol et rupture du ligament croisé antérieur par la force du poids du corps. Craquement ressenti par la patiente et épanchement articulaire confirmé par l'IRM.

2. Les trouvailles à l'IRM que j'ai revue avec notre référant en Radiologie, la Drs V. \_\_\_\_\_ (colloque IRM du 17.8.2011) parlent pour une rupture fraîche pour les raisons susnommées.

3. La présence d'un moignon fémoral résiduel à l'arthroscopie est très inhabituel pour une rupture chronique, où ce moignon est très fréquemment absent ou rétracté complètement, souvent collé à la capsule postérieure et plus identifiable. La rétraction d'un ligament croisé antérieur rompu se fait en 4 stades sur une durée de 8 mois durant lesquels on passe par une phase inflammatoire, proliférative, phase de rétraction puis cicatrisation. Les deux premières phases se réalisent pendant les premières deux semaines, donc dans les délais de l'arthroscopie du Dr X. \_\_\_\_\_. Le ligament croisé antérieur est engainé dans une membrane synoviale vascularisée qui, lors d'une rupture du ligament croisé antérieur, cause des saignements et des épanchements. Dans les traumatismes lents à faible énergie, comme c'est le cas chez la patiente, une partie de cette couverture peut rester intacte et le moignon reste donc collé contre le ligament croisé postérieur. La description du Dr X. \_\_\_\_\_ ne me semble pas en contradiction avec une rupture fraîche à 11 jours du traumatisme. Lors de l'intervention du 25.01.2011, donc 8 mois après l'accident, j'ai retrouvé ce moignon tibial cicatrisé sur le ligament croisé postérieur et l'échancrure. Ce status est tout à fait compatible avec une rupture 8 mois auparavant. Cependant, vu l'ensemble des faits, je pense que l'arrêt de vos prestations ne me semblent pas justifiées."

Au vu de ces éléments, D. \_\_\_\_\_ a proposé la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et a fixé un délai à l'assurée pour se prononcer sur le choix de l'expert et sur le catalogue de questions. Par courrier du 7 mars 2012, l'assurée désormais représentée par [...], a indiqué qu'après consultation du Dr H. \_\_\_\_\_, elle n'avait pas d'objections à formuler.

L'ensemble du dossier médical a été remis à l'expert, dont notamment :

- un rapport du 25 mai 2010 relatif à une radiographie du genou gauche face/profil effectuée le 23 mai 2010 qui a conclu à l'absence de lésion ostéoarticulaire ou d'épanchement intra-articulaire, ainsi qu'à des rotules bien centrées dans leur gorge trochléenne, sans lésion,
- le protocole opératoire relatif à une plastie du LCA au DIDT gauche sous contrôle arthroscopique pratiquée le 25 janvier 2011,
- un rapport du 8 mars 2011 du Dr H. \_\_\_\_\_ au Dr L. \_\_\_\_\_, relevant que le bilan radiologique montre des tunnels en bonne position sans signe de complication, un protocole de rééducation habituelle et attestant un arrêt de travail de 100% jusqu'au 30 avril 2011 sans prolongation.

Dans un rapport d'expertise du 6 juillet 2012 faisant suite à un examen clinique de l'assurée le 8 mai 2012 et après étude du dossier médical, du dossier radiologique partiel transmis par l'intéressée et du bilan radiologique complémentaire, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était difficile d'être clairement affirmatif ou négatif s'agissant de la causalité naturelle pour le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur et postérieur du genou gauche. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a par ailleurs répondu de la manière suivante aux différentes questions posées :

"[...].

6.2. Les troubles constatés, sont-ils dus à l'événement du 23 mai 2010 d'une façon seulement possible ou fortement vraisemblable?

Selon les différents rapports du Dr H. \_\_\_\_\_, la causalité naturelle est plus que vraisemblable, selon les premiers éléments cliniques et para cliniques et l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste F.M.H en chirurgie orthopédique cette causalité n'est pas du tout prouvée et elle est tout au plus possible.

Au niveau anamnestique je retiens qu'il n'est jamais mentionné d'antécédent d'entorse du genou gauche, le mécanisme lésionnel lors de l'évènement qui nous concerne n'est pas en rapport avec les lésions diagnostiquée[s], par contre la description du mécanisme lésionnel va tout à fait dans le sens d'un épisode d'instabilité aigu et conséquent sur une ancienne lésion ligamentaire, c'est [cet] épisode

d'instabilité explique d'une part l'importance des douleurs, l'absence d'hémarthrose et la présence d'une contusion osseuse à l'IRM.

Au niveau des bilans complémentaires et des différent[e]s interventions, l'arthroscopie faite à 10 jours de l'évènement surprend, elle ne montre pas d'épanchement intra articulaire, ni de séquelle de cet épanchement au niveau de la synoviale que l'on trouve habituellement après hémarthrose. La synoviale est d'aspect normale, déduction faite car ce tissu n'est pas décrit. Les lésions cicatricielles bien établies laissent penser qu'il doit s'agir d'une situation chronique, mais selon les explications du Dr H. \_\_\_\_\_ à 10 jours, une telle cicatrisation est possible.

L'argument de l'absence d'état synovial inflammatoire et hyperhémique, me fait rejoindre les conclusions du Dr X. \_\_\_\_\_ spécialiste F.M.H. en chirurgie orthopédique. De ce fait, je pense que la relation avec l'évènement du 23.05.2010 reste possible, mais n'est en tout cas pas vraisemblable.

Je retiens finalement un épisode d'instabilité majeure du genou gauche sur ancienne lésion au niveau du pivot central, cet épisode a entraîné une contusion osseuse symptomatique et résolutive, les troubles constatés soit la lésion des ligaments croisés sont dus à l'évènement du 23.05.2010 de manière tout au plus possible.

6.3. Est-ce qu'une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'évènement du 23 mai 2010, peut être considérée comme guérie? Si oui, à quel moment le statu quo ante a-t-il été atteint?

Voir 6.2.

6.4 Les troubles de la santé causés pour le moins avec une vraisemblance prépondérante par l'évènement du 23 mai 2010 seraient-ils, sans la survenance de cet accident, apparus tôt ou tard dans la proportion actuelle? Dans l'affirmative, à quel moment le statu quo sine sera-t-il atteint?

6.2.

6.5 L'évènement du 23 mai 2010 a-t-il entraîné une aggravation déterminante ou durable d'un état de santé préexistant? Explications?

Cet évènement n'a pas entraîné d'aggravation déterminante ou durable.

7. Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée? Si oui, quelles sont les mesures que vous proposez? Pronostics?

Actuellement la situation me paraît stabilisée, il persiste cependant des douleurs antérieures et la présence d'un quadriceps court pour lequel une rééducation d'appoint pourrait être signifiée."

Par courrier du 20 juillet 2012 au mandataire de l'assurée, D. \_\_\_\_\_ a estimé que l'expert confirmait la justesse de sa décision du 13

janvier 2011 par laquelle elle avait mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 22 août 2010.

Par courrier du 13 décembre 2012, l'assurée par l'intermédiaire de son nouveau mandataire a transmis un rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 novembre 2012 lequel a conclu que la causalité entre l'accident du 23 mai 2010 et les lésions subies était fortement vraisemblable en exposant les éléments suivants :

"[...].

Je me réfère à ma lettre du 25 août 2011 où je stipule l'anamnèse et la relation de causalité entre le traumatisme du 23.05.2010 et les lésions constatées à l'IRM. Je ne peux pas rejoindre l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ [recte : F. \_\_\_\_\_] pour les raisons expliquées dans ma lettre du 25.08.2011. Il existe une relation fortement vraisemblable entre les troubles constatés et l'évènement du 23.05.2010. J'ai une nouvelle fois regardé l'IRM du 27.05.2010, donc 5 jours après l'accident, avec notre référent de radiologie ostéo-articulaire, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-cadre du service de radiologie. Comme je l'ai mentionné dans mon premier rapport, on trouve un épanchement articulaire. Le ligament croisé est rompu et il montre un oedème qui parle pour un évènement récent. Un moignon de rupture chronique serait en hyposignal, sans oedème, et l'orientation des fibres résiduelles n'est pas non plus typique pour une rétraction comme on la voit dans les ruptures chroniques. On trouve, contrairement au rapport initial, des traces d'un oedème osseux au niveau du bord postérieur du plateau tibial externe, moins prononcé au niveau de la zone de charge du condyle externe. Ceci est signe d'un mouvement en pivot pouvant tout à fait expliquer la lésion du ligament croisé antérieur concomitante.

Je relève également que le Dr X. \_\_\_\_\_ mentionne qu'il aurait vu la patiente en vitesse avec un examen clinique rapide aux urgences, et l'examen préopératoire a été effectué par son assistant, le Dr N. \_\_\_\_\_. Un faible épanchement peu[t] échapper à un examen clinique rapide. L'IRM montre effectivement un épanchement de faible quantité. L'assistant du Dr X. \_\_\_\_\_ dit que « la stabilité du genou ne semblait pas si mauvaise ». Cette appréciation est très vague et n'est pas utilisable.

Dans son rapport opératoire, le Dr X. \_\_\_\_\_ ne constate pas d'épanchement. Il décrit un tiroir antéro-postérieur qui est estimé entre 5 et 10 mm. L'absence de description de la membrane synoviale ne peut pas, contrairement à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, impliquer que celle-ci est normale.

Le Dr X. \_\_\_\_\_ exprime des soupçons par rapport au fait que la patiente puisse éventuellement chercher à obtenir une indemnisation financière, vu que la douleur exprimée par la patiente est démesurée par rapport à l'acte chirurgical. A mon avis cette présomption peut aussi influencer le jugement objectif des faits."

A la demande de D. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_ a pris position en date du 19 février 2013, de la manière suivante :

"[...].

Je ne rejoins pas la conclusion du Dr H. \_\_\_\_\_ médecin associé au CHUV en ce qui concerne la causalité, si je reprends l'anamnèse, celle-ci est tout à fait compatible avec un épisode d'instabilité sur une ancienne lésion du ligament croisé antérieur, comme je l'ai écrit dans mon expertise et ce qui met le doute quant à la vraisemblance de l'atteinte fraîche et causale du ligament croisé antérieur, est la description même du mécanisme lésionnel lors de l'épisode du 23.05.10, cette description rend certainement compte d'une instabilité symptomatique consécutive à l'absence de ligament croisé antérieur, mais de manière tout au plus possible d'une déchirure aigue de ce ligament lors de cet évènement, l'atteinte chronique étant également retenue.

En ce qui concerne l'IRM la contusion osseuse, celle-ci est également tout à fait compatible avec un épisode d'instabilité antérieure, sur une ancienne lésion du ligament croisé antérieur ou sur une lésion fraîche. Sur l'IRM il est noté une petite hémarthrose. On s'attend, la plupart du temps, lors d'une rupture isolée fraîche du ligament croisé antérieure à une hémarthrose consécutive. Un ligament croisé antérieur déchiré ayant cicatrisé en nourrice sur le ligament croisé postérieur est vascularisé et présente une vitalité quasi normale, cependant sa déchirure ne sera pas accompagnée d'une hémorragie consécutive.

Je reviens sur l'arthroscopie du Dr X. \_\_\_\_\_, réalisée une semaine après l'épisode qui nous concerne, le rapport ne décrit ni hémarthrose, ni résorption-congestion synoviale suite à une hémarthrose, en général la présence d'une hémarthrose ou d'une synoviale congestionnée rend l'arthroscopie difficile et nécessite un lavage pour poursuivre le geste arthroscopique même diagnostic, cette raison me paraît suffisante pour être décrite dans le rapport opératoire.

Je retiens deux questions par rapport à l'interprétation de l'IRM, la première est-ce que la lésion du ligament croisé antérieur décrite est compatible avec une déchirure d'une lésion précédente du ligament croisé antérieur ayant cicatrisé en nourrice sur le ligament croisé postérieur, et deuxièmement est-ce que le Dr H. \_\_\_\_\_ médecin associé au CHUV est d'accord sur le fait que la contusion osseuse est le fait d'un épisode d'instabilité symptomatique consécutive à l'absence de ligament croisé antérieur qu'elle soit chronique ou aigue.

Pour ces raisons, les renseignements médicaux fournis par le Dr H. \_\_\_\_\_ médecin associé au CHUV en date du 20.11.2012 ne changent pas les conclusions de mon expertise.

Remarques éventuelles :

Je pense qu'il serait extrêmement utile et profitable pour ce dossier de pouvoir voir les photos réalisées lors de l'arthroscopie afin de se prononcer alors avec toutes les pièces du dossier médical."

Après examen des images d'arthroscopie, le Dr K. \_\_\_\_\_ a, par courrier du 24 avril 2013 à D. \_\_\_\_\_, retenu qu'elles mettaient en évidence une lésion relativement punctiforme au niveau du pivot central pouvant correspondre vraisemblablement à une déchirure cicatricielle, le tout dans un genou relativement calme, la synoviale étant discrètement hyperhémiee, sans signe massif post hémarthrose telle que l'on pourrait les trouver une semaine après les événements qui nous concerne. L'expert a ajouté que ces photos allaient dans le sens exprimé dans ses différents rapports, en ce sens qu'elles n'étaient pas en rapport avec une lésion traumatique aiguë du genou.

Par courrier du 31 mars 2014, l'assurée désormais assistée de l'avocat Olivier Carré, a remis à D. \_\_\_\_\_ un échange de courriers avec le Z. \_\_\_\_\_, assureur LAMal, démontrant que son genou n'avait occasionné aucun frais médical depuis 2006 au moins jusqu'à l'accident.

Dans un courrier ultérieur du 25 avril 2014, l'assurée a informé D. \_\_\_\_\_ qu'elle souhaitait consulter le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en lieu et place du Prof. G. \_\_\_\_\_ (chef du service du Dr H. \_\_\_\_\_ lequel avait dans l'intervalle quitté le CHUV). Elle a en outre relevé que si la question de la stabilisation était acquise et confirmée par le Dr H. \_\_\_\_\_, ce dernier n'en avait toutefois pas précisé la date. Son mandataire a en outre fait état des éléments suivants :

"[...].

Toutefois, d'ores et déjà, j'observe que ma cliente a été sérieusement blessée, dans sa chute. Elle avait des douleurs intenses qui sont clairement évocatrices d'une rupture ligamentaire traumatique. Elle n'a pas pu se relever. Les ambulanciers sont venus après vingt minutes. Elle a été dirigée vers l'hôpital de [...]. Les clichés d'imagerie ont été délégués à l'hôpital de [...], qui n'a toutefois pu fixer de rendez-vous à Madame qu'une quinzaine de jours plus tard.

Il en résulte que les épanchements n'étaient plus forcément aussi nettement présents et visibles sur les clichés d'imagerie. Ceux-ci ne sont d'ailleurs pas forcément associés à la lésion subie.

Comme le Dr. F. \_\_\_\_\_ [recte : Dr X. \_\_\_\_\_] n'a pas voulu opérer, ma cliente a été priée de reprendre son travail. Cela lui était impossible. Sa patronne de l'époque ne voulait d'ailleurs plus de ses services, dans l'état où elle était. Après concertation avec l'employeur et conseil pris auprès du médecin traitant, Mme M. \_\_\_\_\_ a été orientée au CHUV où elle a été prise en charge par le Dr. H. \_\_\_\_\_, qui a pu l'opérer. Les conséquences d'un éventuel retard dans la prise en charge ne sont pas imputables à ma cliente. Le Dr. H. \_\_\_\_\_ a fait ce qu'il a pu. Il s'agit d'un spécialiste unanimement reconnu du genou. Il n'est plus là désormais pour répondre à nos questions, puisqu'il a définitivement quitté le CHUV et qu'il a pris, à ma connaissance, des nouvelles fonctions à l'étranger."

Par courrier du 29 août 2014, le conseil de l'assurée a indiqué que cette dernière n'avait pas pu obtenir un rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, car elle n'était pas en mesure de financer une expertise par un orthopédiste et traumatologue indépendant.

Par décision sur opposition du 3 décembre 2014, D. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assurée le 7 février 2011 et a confirmé sa décision du 13 janvier 2011, l'effet suspensif à un éventuel recours étant retiré. L'intimée a rappelé qu'au vu des avis divergents des Drs H. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et en accord avec le conseil de l'assurée de l'époque, elle avait mis en œuvre une expertise auprès du Dr K. \_\_\_\_\_. Le nom de l'expert et le catalogue de questions proposés avaient été acceptés par le conseil. L'intimé a considéré que le rapport du 6 juillet 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_, ainsi que ses compléments des 19 février et 24 avril 2013 satisfaisaient sans nul doute aux exigences de la jurisprudence. L'expert parvenait au demeurant à la même conclusion que les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, à savoir qu'il existait des lésions préexistantes. Le dossier ayant suffisamment été instruit, il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

**B.** Par acte de son mandataire du 19 janvier 2015, M. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition du 3 décembre 2014 et conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la constatation et la fixation de prestations au-delà du 22 août 2010, des suites de son accident du 23 mai 2010 à la charge de D. \_\_\_\_\_, subsidiairement au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et

nouvelle décision dans le sens des considérants ; à la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, au taux de 25% au moins, selon précisions à donner en cours d'instance, subsidiairement aux conclusions précitées, « dire que M. \_\_\_\_\_ n'est tenue à aucune restitution de prestations déjà servies ». Elle demande également à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Elle allègue que le 23 mai 2010, elle travaillait en qualité de dame de buffet et était particulièrement stressée, le service en salle et en terrasse étant effectué par cinq serveurs qu'elle devait satisfaire quasi-simultanément, précisant à ce propos que « *vers 13h30, la recourante a glissé, en courant derrière le bar, où la place est comptée, au point qu'elle devait parfois se déplacer en pas chassé, latéralement, et son genou gauche s'est tordu probablement lorsque son pied à [a] glissé sur le sol ou dans sa chaussure elle-même. A posteriori, la recourante a eu de la peine à se ressouvenir des circonstances exactes de l'accident. Elle a énormément souffert du genou. Elle ne se souvient plus si la douleur s'est manifestée au moment où son genou s'est tordu, ou au moment de l'impact lorsqu'elle est tombée sur le sol* ». Elle n'a pu reprendre un travail qu'en juin 2011 en qualité de serveuse, mais n'a retrouvé ni la mobilité articulaire, ni la stabilité et n'a pas vu ses douleurs se résorber. Elle a depuis lors été licenciée, son employeur lui reprochant sa boiterie. Après avoir exploité un établissement en qualité d'indépendante, elle travaille désormais auprès de l'établissement Y. \_\_\_\_\_ en qualité de gérante. Elle conteste l'existence de lésions plus anciennes et se réfère à cet égard à l'attestation du Z. \_\_\_\_\_. Elle n'est toutefois pas en mesure de fournir une preuve identique concernant son affiliation plus ancienne dans son pays natal, la consultation des archives de façon individualisée étant impossible dans le cadre d'une assurance collective. Elle entend dès lors faire témoigner des personnes de son entourage, respectivement produire des déclarations écrites, aux termes desquelles elle n'a jamais été blessée au genou. Elle allègue que l'avis médical qui doit prévaloir est celui du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste du genou, lequel a assuré son suivi et qui a pratiqué l'opération. En effet, l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ ne convainc pas, son rapport étant succinct et non argumenté. Quant à l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_, ce dernier rejoint plutôt celui du Dr H. \_\_\_\_\_, si l'on y regarde de près. Les épanchements relativement

discrets objectivés par les images avaient déjà eu le temps de se résorber, le Dr H.\_\_\_\_\_ expliquant qu'ils n'étaient pas exclusifs d'une rupture accidentelle récente.

Dans sa réponse du 11 février 2015, l'intimée conclut au rejet du recours.

Par décision du 12 février 2015 de la juge instructeur, la recourante s'est vue refuser le bénéfice de l'assistance judiciaire en la présente cause.

Dans sa réplique du 9 mars 2015, la recourante produit à nouveau deux rapports des 16 juillet 2010 et 25 août 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_ (déjà au dossier). Elle se réserve la possibilité de faire entendre quelques témoins à l'occasion d'une audience, à défaut de produire des attestations émanant de personnes domiciliées en Tunisie. Elle se réserve également d'ici l'audience de produire encore une documentation médicale complémentaire sur la question de l'atteinte à l'intégrité au sens de la LAA.

Dans sa duplique du 15 avril 2015, l'intimée maintient ses précédents écrits.

Dans ses déterminations du 6 juillet 2015, la recourante produit deux lettres de témoignage de MM. T.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ authentifiées par le Ministère de l'Intérieur tunisien.

L'intimée ne s'est pas déterminée plus avant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, 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). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

**b)** S'agissant de la conclusion tendant à ce que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) soit reconnu, on rappellera qu'en vertu du principe de l'unité de la procédure, l'autorité de recours ne peut statuer que sur des points que l'autorité inférieure a examinés. Ainsi, l'objet du litige ne peut s'étendre à des éléments qui ne sont pas compris dans l'objet du recours. Il s'ensuit que l'autorité de recours ne peut examiner et juger, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1, 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées). C'est pourquoi les conclusions qui vont au-delà de l'objet du litige sont irrecevables (TF 2C 669/2008 du 8 décembre 2008 consid. 4.1; TAF B-8243/2007 du 20 mai 2008 consid. 1.4 et les références citées; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure administrative, in : Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 439).

Par sa décision du 3 décembre 2014, qui détermine l'objet de la contestation, l'intimée ne s'est pas prononcée sur l'IPAI. La conclusion de la recourante tendant à ce que le droit à l'IPAI soit déterminé est donc irrecevable.

**c)** Pour le surplus, le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes de Noël (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les

autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 22 août 2010 suite à l'événement du 23 mai 2010. La recourante n'a toutefois pas précisé si elle entendait obtenir des prestations en espèces ou uniquement un traitement médical, notamment la prise en charge de l'intervention effectuée par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 25 janvier 2011.

**3. a)** Aux termes de 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

**aa)** L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C\_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées).

Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé », cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74 p. 861). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine

[TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (cf. RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

**bb)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 79 p. 865).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité

avec l'événement assuré. Si l'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 de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (cf. SVR 2009 UV n° 3 p. 9 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- les fractures (let. a),
- les déboîtements d'articulations (let. b),
- les déchirures du ménisque (let. c),
- les déchirures de muscles (let. d),
- les élongations de muscles (let. e),
- les déchirures de tendons (let. f),
- les lésions de ligaments (let. g) et

- les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références, 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 (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position

corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

En l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4, 123 V 43 ; cf. TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1, 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; TF 8C\_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4 et les références).

**c)** 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 (cf. TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2, 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, et 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

**4. a)** En l'occurrence, l'intimée admet le caractère accidentel de l'événement du 23 mai 2010 et justifie sa position de refus de prise en charge au-delà du 22 août 2010 de manière très succincte. Elle s'est en effet limitée à considérer que le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 6 juillet 2012 et ses compléments des 19 février 2013 et 24 avril 2013 satisfont sans nul doute aux exigences de la jurisprudence et que l'expert est parvenu à la même conclusion que les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, à savoir qu'il existe des lésions préexistantes, mettant au demeurant en doute le fait que l'assurée n'aurait pas souffert de douleurs au genou avant la survenance de l'accident. En d'autres termes, l'intimée estime que les éléments au dossier permettent de retenir une évolution de la santé de l'assurée vers un statu quo sine au 22 août 2010, dans la mesure où l'atteinte dont celle-ci se prévaut doit être mise sur le compte d'une lésion antérieure à l'accident. La recourante soutient, quant à elle, avoir subi le 23 mai 2010 une lésion traumatique du ligament croisé antérieur et postérieur du genou gauche, n'ayant jamais présenté auparavant de problèmes au niveau de son genou que ce soit en Tunisie ou en Suisse, si bien que l'intimée doit continuer à prester pour la période postérieure au 22 août 2010. La recourante ne conteste pas véritablement la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, estimant que « *l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ rejoint plutôt celui du Dr H. \_\_\_\_\_, si l'on y regarde de près. Sous l'apparence d'une divergence assumée, il ne le réfute pas vraiment* ».

**b)** Il ressort du dossier qu'un facteur extérieur - l'événement du 23 mai 2010 - a pour le moins déclenché des symptômes (douleurs et impotence fonctionnelle sous forme d'une boiterie) chez l'assurée nécessitant un transport par ambulance à l'hôpital [...] (cf. notice téléphonique du 30 juin 2010). L'IRM du genou gauche pratiquée le 27 mai 2010 pour rechercher l'origine de ces symptômes a mis en évidence une déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament croisé postérieur, complète, ainsi qu'un léger épanchement articulaire. Une telle lésion - dont l'existence est admise unanimement par les médecins appelés à se prononcer en l'espèce (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2010, réponse à la question 3 p. 4, rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 6 juillet 2012, p. 10, courrier du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 novembre 2012) - est comprise dans la liste exhaustive énumérée à l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. g) qui tend précisément à éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident dans le cas notamment d'une lésion ligamentaire.

**c)** Il sied de constater qu'en l'espèce, l'intimée n'a pas examiné le cas de la recourante sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA et n'a dès lors pas fait application de l'art. 9 al. 2 OLAA. Or, dans le cadre de son rapport (cf. rapport d'expertise du 6 juillet 2012, réponse à la question 6.2 in fine), l'expert K. \_\_\_\_\_ - que l'intimée a nommé en accord avec l'assurée suite à des avis médicaux contradictoires (d'une part les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ qui estiment que les troubles présentés par l'assurée font suite à des lésions anciennes et chroniques, d'autre part, le Dr H. \_\_\_\_\_ qui considère que les lésions découlent de l'événement du 23 mai 2010 ; cf. lettre du 24 janvier 2012 de D. \_\_\_\_\_ au conseil de l'époque) - a expressément reconnu qu'un lien de causalité était possible entre les troubles constatés soit la lésion des ligaments croisés et l'événement du 23 mai 2010. Par conséquent, au vu des conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_, on ne saurait déduire que les lésions constatées sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. A cela s'ajoute qu'à l'époque des faits, l'assurée était suivie par le Dr L. \_\_\_\_\_ qui n'a, dans son courrier du 2 février 2011 à D. \_\_\_\_\_, pas fait état de plaintes de sa patiente relatives à des douleurs

au niveau du genou gauche avant l'accident du 23 mai 2010. Les documents produits par l'assurée vont dans le même sens, notamment l'attestation du Z.\_\_\_\_\_ du 19 juin 2014. Finalement, l'expert K.\_\_\_\_\_ a lui-même retenu que sur le plan anamnestique, il n'était jamais mentionné d'antécédent d'entorse du genou gauche.

**d)** L'intimée ayant en définitive pris en charge le cas, il convient de déterminer si les éléments au dossier permettent de retenir une évolution de la santé de l'assurée vers un statu quo sine au 22 août 2010. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante. Toutefois, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. 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 (cf. TF 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2, 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2, 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2, et 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (TFA U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2.3). En l'occurrence, la date du 22 août 2010 a été fixée par l'intimée dans sa décision du 13 janvier 2011, laquelle faisait suite au rapport du 20 décembre 2010 du Dr F.\_\_\_\_\_, - qui avait estimé qu'un délai de trois semaines après une arthroscopie diagnostique pratiquée le 4 juin 2010 était suffisant pour récupérer le statu quo ante (rapport p. 6 in fine) - et au certificat médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 18 août 2010 attestant une capacité entière de travail dès le 23 août 2010. Le Dr K.\_\_\_\_\_, quant à lui, ne s'est nullement prononcé sur les notions de statu quo ante/statu quo sine, malgré les questions précises de l'intimée (cf. rapport

d'expertise du 6 juillet 2012, questions 6.3 et 6.4), renvoyant à la réponse qu'il avait fournie à la question 6.2 relative à l'absence de vraisemblance prépondérante entre les lésions constatées et l'événement du 23 mai 2010.

**e)** Comme exposé, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par

exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

**f)** En l'occurrence, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle ordonne un complément d'expertise permettant d'établir à partir de quand le status quo sine/ante pouvait être considéré comme atteint, respectivement de déterminer si l'intimée est tenue de prester au-delà du 22 août 2010. A l'issue de ce complément diligenté par l'intimée, il lui incombera de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prendre en charge le cas au-delà du 22 août 2010.

**5. a)** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

**b)** Ayant obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 2'000 fr. T.V.A. comprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition du 3 décembre 2014, rendue par D.\_\_\_\_\_, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.
  
- III.** D.\_\_\_\_\_ versera à M.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 francs (deux mille francs) à titre de dépens.
  
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour M. \_\_\_\_\_),
- D. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :