

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux, juge et M. Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

B.O._____, à [...], **Q.**_____, à [...], **C.O.**_____, à [...], et **D.O.**_____,
à [...], recourants, succédant à **A.O.**_____, décédée, représentés par
Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

J._____ **ASSURANCES**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 LAA et 9 OLAA

E n f a i t :

A. A.O. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, était doyenne auprès du [...] et à ce titre assurée auprès de J. _____ Assurances (ci-après : J. _____ Assurances ou l'intimée) contre les accidents professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles.

Par déclaration d'accident-bagatelle du 13 mars 2014, l'assurée a annoncé avoir subi un accident le 1^{er} février 2014. Elle a indiqué qu'en voulant retenir un jeune skieur, son genou gauche avait subi une rotation.

Suite à une demande de renseignement, l'assurée a complété ses déclarations le 24 mars 2014, précisant que la lésion s'était produite « en voulant retenir un jeune skieur dans la neige fraîche, mais lourde et mouillée ». A la question de savoir s'il s'agissait d'une activité habituelle, elle a répondu oui. Elle a confirmé que l'atteinte s'était déroulée dans des circonstances normales sans événement particulier.

Le 11 février 2014, l'assurée a consulté le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a constaté un genou enflé et a suspecté une déchirure du ménisque interne ou externe. Il a par ailleurs fait état d'une fracture cartilagineuse du condyle interne d'environ 1.5 x 1 cm.

Selon un rapport du 16 février 2014 établi par les Drs R. _____ et C. _____, tous deux spécialistes en radiologie au [...], les radiographies du genou gauche réalisées le 11 février précédent n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique récente mais des signes dégénératifs des trois compartiments du genou gauche et un épanchement articulaire modéré, une infiltration des parties molles paracondyliennes internes compatibles avec une entorse récente du ligament interne latéral, ainsi que des séquelles de la maladie d'Osgood-

Schlatter et des séquelles probables d'une lésion de l'aileton latéral de la rotule gauche.

A la suite d'une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche réalisée le 19 février 2014, le Dr M._____, spécialiste en radiologie, a décrit les constatations suivantes:

« Large foyer de chondromalacie avec un flap cartilagineux (grade IV) à l'union du tiers moyen et postérieur du condyle fémoral interne. Chondromalacie plus modérée (grade III) du tiers moyen du même condyle de même qu'antérieurement en regard de la trochlée de même que de cette dernière et du condyle fémoral externe antérieurement avec de petites lésions réactionnelles sous-chondrales (grade III). Mêmes altération cartilagineuses des deux facettes de la rotule. Un petit foyer de remaniement à caractère dystrophique/dégénératif centimétrique du quart postérieur du plateau tibial interne discrètement acutisé à sa périphérie possiblement en rapport avec l'entorse subie récemment. Dans les suites de cette dernière, distorsion mineure sans déchirure significative des ligaments croisé antérieur et collatéral interne. Pas de déchirure méniscale. Epanchement avec synovite non spécifique diffuse ».

Dans un rapport du 19 mars 2014, le Dr X._____ a fait état d'une suspicion de déchirure méniscale interne, et éventuellement externe du genou gauche. Il a également constaté que l'IRM avait mis en évidence un « œdème osseux post-int au niveau du tibia, ainsi qu'une fracture cartilagineuse du condyle int d'env 1,5 x 1 cm ». Il a proposé un traitement de physiothérapie.

Le 22 avril 2014, l'assurée a été examinée par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour un deuxième avis. Il a diagnostiqué une déchirure post-traumatique cartilagineuse condylienne interne ainsi qu'une chondropathie fémoro-patellaire du genou gauche. A l'analyse de l'IRM du 19 février 2014, il a constaté une déchirure cartilagineuse avec flap cartilagineux de grade IV à l'union du tiers moyen et postérieur du condyle fémoral interne ainsi qu'une chondropathie rotulienne.

Une deuxième IRM a été réalisée le 5 mai 2014. Le rapport du Dr M. _____ a indiqué ce qui suit:

« On retrouve toujours un aspect discrètement épaissi mais avec une composante inflammatoire en régression des deux faisceaux du LCA. Le collatéral interne apparaît actuellement sans particularité tout comme les autres structures tendino-ligamentaires.

On retrouve sans changement significatif la large ulcération cartilagineuse du condyle fémoral interne à l'union de son tiers moyen et postérieur, cette dernière mesurant près de 1.5 cm de longueur dans un diamètre antéro-postérieur et venant au contact de l'os cortical. Les autres anomalies extensives cartilagineuses et les quelques altérations sous-chondrales préalablement rapportées ne se sont pas significativement modifiées. Le flap cartilagineux du condyle interne est actuellement nettement moins bien individualisé. [...]

Conclusion

Pas de changement réellement significatif d'une chondromalacie tri-compartimentale avérée de grade IV au niveau du condyle fémoral interne, de grade III (-IV) au niveau des autres compartiments. Discrètes séquelles encore persistantes au détriment du LCA, néanmoins sans déchirure significative. Régression partielle tant de l'épanchement que de la synovite diffuse. Pas d'autre changement ».

Par décision du 7 mai 2014, J. _____ Assurances a refusé d'allouer des prestations d'assurance en lien avec l'événement du 1^{er} février 2014, considérant n'être en présence ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident. J. _____ Assurances a en particulier relevé l'inexistence d'une cause extérieure extraordinaire à l'origine de la lésion litigieuse et nié sa compétence pour ce motif.

Dans un rapport du 22 mai 2014, le Dr X. _____ a fait état des considérations suivantes :

« La nouvelle IRM montre le même dégât cartilagineux, mais pratiquement sans œdème osseux, donc il est clair qu'il s'agit d'un événement accidentel du mois de février 2014. [...]. L'orthoradiogramme montre une ev correction en valgus de 3° donc on peut en toute quiétude se limiter à une réparation cartilagineuse isolée ».

Le 10 mai 2014, l'assurée, représentée par Me Raphaël Schilt, avocat chez [...], a fait opposition à la décision du 7 mai 2014, concluant à

sa réforme en ce sens que la notion d'accident est reconnue suite à l'événement du 1^{er} février 2014 et que les frais de traitement y relatifs sont pris en charge par J._____ Assurances. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision rendue.

Interpellé par le conseil de l'assurée, le Dr X._____ a répondu à ses questions le 29 juillet 2014 selon les termes suivants :

« 1. Depuis quand suivez-vous Madame A.O._____?
11.02.2014.

2. A la suite de l'événement survenu le 1^{er} février 2014, quel a été votre diagnostic précis?
Fracture cartilagineuse condyle fémoral interne genou gauche.

3. Quelles ont été les lésions présentées par ma cliente suite à l'événement du 1^{er} février 2014?
Fracture cartilagineuse condyle fémoral interne genou gauche.

4. Ces lésions sont-elles traumatiques?
Oui.

5. Comment ces lésions sont-elles apparues? à cet égard, je vous remercie de bien vouloir m'indiquer la dynamique de l'accident du 1^{er} février 2014 qui a mené aux lésions présentées par ma cliente (torsion, déchirure, etc.).
Le 01.02.2014, la patiente se tord le genou gauche à skis. Depuis, elle se plaint de douleur plutôt interne. Le genou avait enflé. Elle n'arrivait pas à plier.

6. Les lésions présentées par Mme A.O._____ suite à cet événement relèvent de l'article 9 al. 2 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] ? [...].
Oui.

7. Quel est le traitement actuellement suivi par ma cliente? Une opération sera-t-elle, à terme, nécessaire?
La patiente n'a actuellement aucun traitement. Une opération serait nécessaire dans le sens de réparer la lésion cartilagineuse.

8. Quelle est la durée prévisible de ce traitement? Une incapacité de travail future est-elle à prévoir?
Une charge partielle est nécessaire durant 3 mois post-op donc une incapacité de travail en conséquence est à prévoir.

9. Une fois le traitement préconisé achevé, ma cliente aura-t-elle retrouvé ses pleines capacités ou des séquelles subsisteront-elles?
Il est difficile de répondre à cette question. En principe, si le traitement réussit (85 % de bon résultat avec réparation

cartilagineuse au moyen d'une membrane collagène habitée par les chondrocytes de culture), la réponse serait oui ».

Le 22 novembre 2014, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil du J._____, Assurances, a pris position comme suit:

« Suite à un mouvement dont les modalités précises n'ont pu être recueillies, s'agissant peut-être d'une banale flexion du genou pour retenir le jeune skieur, éventuellement une discrète distorsion, la patiente a développé des gonalgies internes.

Elle a mis 10 jours pour consulter, élément qui peut parfaitement corroborer la relative bénignité de l'action vulnérante subie le 1^{er} février 2014.

Sur les premières radiographies, on a signalé la présence de troubles dégénératifs. Sur la première IRM, on a signalé la présence de troubles dégénératifs. Sur la deuxième IRM, ces troubles dégénératifs ont été confirmés, s'agissant de plages de chondropathie, en particulier du condyle fémoral interne.

Comme seul élément susceptible d'être d'origine « post-traumatique », on retient l'œdème du plateau tibial interne (œdème post-contusionnel).

Après lecture des clichés IRM, je précise toutefois que cet œdème est hors zone de charge, juxtant la corticale postérieure du massif tibial interne, hors zone d'insertion du LCP, entourant des kystes sous-chondraux. Ces derniers sont probablement réactionnels, et surtout anciens. Ils peuvent eux aussi rentrer dans le cadre de l'arthropathie dégénérative.

Une plage d'œdème osseux, autour du genou, n'est pas un fait rare. On les observe lors de phénomènes de surmenage (population sportive). On les observe aussi, parfois, dans le cadre de syndromes d'hyperpressions, résultat d'arthropathies dégénératives. Le seul repos de quelques jours ou de quelques semaines permet généralement la régression de ces phénomènes réactionnels. Cela semble être le cas chez cette patiente, cf. deuxième IRM réalisée 3 mois après la 1^{ère}.

Les fractures cartilagineuses sont rares, voire rarissimes. Elles font suites à des traumatismes à haute, voire à très haute, énergie. De telles lésions peuvent par exemple être observées lors d'entorses graves (ski, football, etc.), avec atteinte du pivot central, l'action vulnérante ayant été une compression-cisaillement, générant un véritable décollement du cartilage en zone de charge, formant un flap, ou une souris articulaire. Un autre type de traumatisme, pas forcément associé à une lésion du pivot central, est la torsion du genou du basketteur (sujet lourd), alors que le pied reste bloqué au sol, générant à nouveau un mécanisme de compression-cisaillement.

Ces traumatismes génèrent une symptomatologie douloureuse marquée. La fracture du cartilage, lorsqu'elle atteint l'os sous-chondral, est généralement (pour ne pas dire systématiquement) accompagnée d'un épanchement du genou, c'est-à-dire d'une hémarthrose, élément qui conduit inévitablement à une consultation rapide. Une ponction évacuatrice de cette hémarthrose n'est de loin pas un geste rare.

Lorsqu'on admet la possibilité d'une fracture chondrale, l'IRM est d'une grande utilité.

De telles fractures, encore une fois résultant de traumatismes à haute énergie, s'accompagnent pour ainsi systématiquement d'un œdème osseux post-contusionnel, juxtant la zone atteinte.

Par analogie, on pense aux plages d'œdème osseux observées lors d'entorses avec lésion du pivot central (surtout le LCA). Elles ne sont pas forcément accompagnées de fractures chondrales, mais reflètent en réalité l'importance de l'action vulnérante.

En conclusion; peut-être que cette patiente a eu une contusion de son plateau tibial interne, suite à un traumatisme à relative basse énergie, hors zone de charge (élément qui semble quelque peu curieux). Ce même œdème peut aussi avoir tout simplement accompagné les formations kystiques réactionnelles, dans le cadre de l'arthropathie dégénérative. Ledit œdème a régressé, après une période de repos relatif.

En revanche, on ne recueille aucun élément anatomique ou biomécanique à caractère probant, susceptible de faire retenir le diagnostic de fracture cartilagineuse issue de l'événement du 1^{er} février 2014. L'action vulnérante ne fut de loin pas susceptible de générer cette supputée fracture (qui est en réalité une chondropathie stade IV). L'IRM a pu exclure des stigmates parlant en faveur d'un vecteur lésionnel « aigu », résultant dudit événement et allant en direction de la chondropathie du condyle fémoral interne.

Un autre élément pourrait faire suspecter la notion d'entorse du genou en date du 1^{er} février 2014. C'est l'aspect discrètement inflammatoire du LCA et du LLI, objectivé sur la première IRM, mais ayant en grande partie régressé par la suite. Cependant, j'attire l'attention sur le fait que de telles altérations sont fréquentes, voire très fréquentes, dans la population sportive, s'agissant en réalité d'images reflétant des phénomènes de surmenage. Là aussi, le simple repos, même relatif (abstention sportive), de quelques semaines, permet la régression de cette composante inflammatoire.

En d'autres termes, les modalités de l'action vulnérante subie par le genou gauche de Mme A.O. _____ en date du 1^{er} février 2014 restent quelque peu floues. Toutefois, même si l'on admet la notion d'entorse, assurément bénigne compte tenu du délai de prise en charge médicale, ses conséquences semblent avoir régressé, laissant comme seule pathologie l'arthropathie

dégénérative (ou de surmenage) du genou, qui semble toucher préférentiellement le compartiment interne, pathologie qui ne résulte clairement pas de l'événement qui nous concerne.

Pour cette supputée ou hypothétique entorse, le délai d'atteinte du status quo ante/sine ne devait pas dépasser un maximum de 3 mois (délai usuel), ce qui correspond, à peu de chose près, au délai de réalisation de la deuxième IRM ».

Le 8 décembre 2014, l'assurée a été opérée du genou gauche par le Dr X._____ pour une greffe de cartilage sur le condyle fémoral interne. Le protocole opératoire du Dr X._____ rapporte notamment ce qui suit:

« Compartiment fémoro-patellaire: Cartilage intact au niveau de la rotule. Chondropathie stade II au niveau de la trochlée. Pas de formation de clapet cartilagineux. La dynamique rotulienne est intacte.

Compartiment interne: Cartilage intact au niveau du tibia. Au niveau du fémur, la lésion connue est d'env. 2.5 cm x 1.5 cm dans la zone de charge du condyle interne. Le reste du cartilage est intact et de bonne qualité. Le ménisque interne est visualisé dans toute sa longueur, sa largeur et ses 2 surfaces. Il est intact et stable.

Espace intercondyalaire: LCA et LCP bien visualisés et intacts. L'échancre est large.

Compartiment externe: Cartilage intact. Le ménisque externe est visualisé dans toute sa longueur, sa largeur et ses 2 surfaces. Il est intact et stable. Tendon poplité bien visualisé et intact ».

Par décision sur opposition du 30 mars 2015, J._____ Assurances a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 7 mai 2014, considérant que l'événement du 1^{er} février 2014 ne constituait pas un cas d'accident, en l'absence de tout facteur extérieur extraordinaire à l'origine de la lésion. Elle a par ailleurs retenu que la lésion subie au genou n'était pas assimilable à un accident, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20].

B. Par acte du 12 mai 2015, l'assurée, représentée par son conseil Me Corinne Monnard Séchaud, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 30 mars 2015. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la condamnation de J._____ Assurances à prendre

en charge les suites de l'accident du 1^{er} février 2014, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle requiert l'audition du Dr X. _____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à titre de mesures d'instruction.

Par réponse du 6 juillet 2015, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 30 mars 2015.

Dans ses déterminations du 31 août 2015, l'assurée confirme ses conclusions. Elle produit un lot de pièces, comprenant les documents médicaux suivants:

- un courrier du 28 juillet 2015 établi par le Dr X. _____ dont la teneur est la suivante :

« 1. La patiente décrit un événement accidentel (entorse de son genou droit) pouvant prouver les lésions qu'elle a.

2. La première IRM, après l'accident, montre une perte nette de substance cartilagineuse au niveau du condyle dans la zone de charge avec un œdème osseux marqué. La 2^{ème} IRM faite plusieurs mois plus tard montre le même dégât cartilagineux et pratiquement plus d'œdème osseux: S'il s'agissait d'un large foyer de chondromalacie de grade IV, c'est-à-dire d'un processus maladif chronique et évolutif, dans la 2^{ème} IRM, il n'y aurait plus de dégât cartilagineux et le même ou semblable voir pire œdème osseux. Or, sans décharger spécialement le membre inférieur droit, la patiente présente, lors de la 2^e IRM, les mêmes lésions cartilagineuses et une disparition de l'œdème osseux.

3. Lors de l'arthroscopie, on a vu un défaut cartilagineux franc avec le bord net, non émoussé, avec un cartilage voisinant d'une qualité et aspect exemplaire. Donc, on ne parle pas d'un processus dégénératif mais bel et bien d'une fracture cartilagineuse. Le cartilage voisinant peut être décrit comme lisse, blanc, nacré, réfléchissant et d'une épaisseur normale. Donc, on ne peut pas s'imaginer qu'il y ait un processus dégénératif qui enlève toute l'épaisseur cartilagineuse sur une surface de 2.5 x 1.5 cm et 1 mm plus loin, sans aucune zone de transition, nous retrouvons un cartilage normal. Ceci estW. _____ ».

- un courrier du 20 août 2015 établi par le Dr T. _____, dont la teneur est la suivante :

« Les raisons qui me font penser à des séquelles d'un traumatisme résultent de l'imagerie radiologique effectuée le 19 février 2014.

En effet, un large défaut cartilagineux centimétrique avec flap cartilagineux du condyle fémoral interne est décrit. Il s'agit de manière vraisemblable des suites d'une entorse du genou.

Evidemment, sur l'IRM effectué le 05.05.2014, ce flap cartilagineux est moins bien identifiable étant donné que la patiente a poursuivi une rééducation active.

Evidemment, il s'agit d'une interprétation médicale orthopédique, d'une imagerie radiologique.

Pour ma part, l'anamnèse, le status et l'examen radiologique du 18.02.2014 parlent d'une pathologie séquellaire à d'un traumatisme en torsion ».

Le 20 octobre 2015, l'intimée se détermine en particulier sur les nouvelles pièces comme suit:

« 1) La recourante note que les explications fournies sur le déroulement de l'événement « n'empêchent en rien qu'une chute soit survenue à la suite de la torsion du genou ». Il n'a jamais été fait mention d'une chute, on ne saurait donc retenir qu'une chute soit survenue.

2) Afin d'éviter tout risque lié à l'interprétation des rapports radiologiques, il y a lieu de s'en tenir aux termes figurant dans lesdits rapports, à savoir en l'espèce selon le rapport d'IRM du 19 février 2014 (pièce no 3) à un large foyer de chondromalacie avec flap cartilagineux de grade IV. De même la 2ème IRM (pièce no 7) mentionne toujours une chondromalacie. Donc aucune mention d'une fracture de cartilage.

3) Les lésions constatées sur l'IRM de février 2014 sont d'une part une chondromaladie du condyle fémoral Interne et d'autre part un discret œdème du plateau tibial, qualifié par l'IRM de « possiblement » dû à l'événement du 1er février '2014. Il s'agit de deux choses différentes, à deux endroits différents.

4) Comme l'a noté le Dr W. _____ dans son rapport, les fractures cartilagineuses sont rares et uniquement consécutives à des traumatismes à haute énergie. Elles sont accompagnées forcément d'un œdème au même endroit. Or dans le cas présent il n'y a aucun œdème au niveau du condyle fémoral interne, ce qui parle très nettement en défaveur d'une origine traumatique de la lésion du cartilage. Au contraire, l'œdème se situe au niveau du plateau tibial.

5) Le cartilage du condyle fémoral interne présente en l'espèce une chondromalacie, et le cartilage environnant est en bon état selon le Dr X. _____. L'aspect du cartilage environnant ne permet de tirer aucune conclusion sur l'étiologie de la lésion du cartilage du condyle fémoral interne selon le Dr W. _____. Le Dr X. _____ pose des affirmations et tire des conclusions de

ces affirmations sans citer les sources doctrinales à la base de ses raisonnements.

6) Le Dr X. _____ indique dans son rapport du 28 juillet 2015 que le cartilage voisinant est d'une qualité et aspect exemplaire, lisse, blanc, nacré, réfléchissant et d'une épaisseur normale. Or sur les IRM les cartilages des tiers moyen et antérieur du condyle fémoral interne et du condyle fémoral externe sont décrits comme également altérés (chondromalacie grade III).

Au vu de ce qui précède, force est de conclure qu'aucune des lésions listées à l'art. 9 al. 2 OLAA ne sont à retenir en l'espèce. La notion de lésion assimilée à un accident n'est donc pas réalisée ».

C. L'assurée est décédée le 29 août 2015. La procédure est poursuivie par ses héritiers, à savoir B.O. _____, Q. _____, C.O. _____ et D.O. _____ (ci-après : les recourants). La demande de mesures d'instruction a été modifiée en ce sens qu'une expertise médicale sur la base du dossier et des rapports médicaux produits dans le dossier soit ordonnée.

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 (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). 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 - compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent eu égard au domicile de l'assurée, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Le litige porte sur le droit éventuel de l'assurée à la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 1^{er} février 2014. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'atteinte subie au genou constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ou une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (à savoir 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 pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 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 Bundes-verwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 921). 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 (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1).

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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. 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* », Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 99 p. 925 s.). 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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (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 (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

La jurisprudence a admis l'existence d'un facteur extraordinaire en particulier dans deux cas concernant la retenue d'une charge (RAMA 1994 n° U 185 p. 79 et TFA U 9/04 du 15 octobre 2004). Dans le premier arrêt, une infirmière avait empêché un patient corpulent de faire une chute inattendue lors de son transfert du lit à un fauteuil roulant. Dans le second arrêt, une infirmière avait été amenée à fournir un

effort violent et improvisé lors du déplacement d'une patiente d'un lit à une chaise ; le déplacement devait impérativement s'effectuer à deux en raison des contraintes induites par l'invalidité de la patiente, mais la collègue de l'infirmière avait lâché prise de manière subite, de sorte que cette dernière s'était retrouvée seule à supporter toute la charge pour éviter le pire. Pour les lésions dues à des efforts (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé (ATFA 1943 p. 69 s.; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924 s). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b et les références).

3. Dans le cas d'espèce, il ressort des déclarations de l'assurée qu'elle a subi une rotation du genou en « voulant retenir un jeune skieur dans la neige fraîche, mais lourde et mouillée ». En réponse aux questions de l'assureur, elle a confirmé que l'événement est intervenu dans le cadre de ses activités habituelles et que l'atteinte s'était déroulée dans des circonstances normales sans événement particulier. Le rapport du Dr T._____ du 23 avril 2014 rapporte que l'assurée «[...] à ski, en enseignant aux enfants, en faisant du Stem, en marche arrière, subit 2 à 3 torsions de son genou G associés à des douleurs immédiates et une impotence fonctionnelle durant quelques jours ». L'atteinte à la santé serait survenue au moment où l'intéressée, selon ses dires et les descriptions qui précèdent, a dû retenir un jeune skieur alors qu'elle faisait du stem en marche arrière.

Compte tenu des circonstances de l'évènement telles que rapportées par l'assurée, l'atteinte n'était pas soudaine ou imprévisible, mais elle s'est répétée alors que l'assurée faisait du stem en marche arrière et qu'elle retenait occasionnellement des enfants lorsqu'ils perdaient la maîtrise. Si la condition du facteur extérieur est réalisée au

travers de ce mouvement de soutien effectué par l'assurée, le mouvement en cause ne revêt pas en l'espèce un caractère extraordinaire justifiant d'admettre la survenance d'un accident, ce d'autant que l'événement se déroulait à basse vitesse, compte tenu de la technique du stem en marche arrière rapportée.

Il s'ensuit que les circonstances qui ont entraîné l'atteinte à la santé ne relèvent pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

4. L'assurée soutient que, à défaut de résulter d'une atteinte accidentelle, elle présente une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA. Elle dit avoir subi une déchirure post-traumatique cartilagineuse condylienne interne du genou gauche, ce que conteste l'intimée qui soutient que la lésion chondrale est d'origine malade.

a) 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. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA, 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 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).

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les lésions du cartilage ne sont pas des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 OLAA (arrêt 8C_865/2013 du 13 mars 2014, consid. 4.2). La notion de fracture doit être comprise dans le sens d'une fracture osseuse (art. 9 al. 2 let. a OLAA). Une lésion du cartilage articulaire ne peut pas être assimilée à une fracture d'un os. Il n'y a en effet pas de raison de différencier les lésions du cartilage selon que celui-ci soit sur l'os, comme dans le cas du cartilage articulaire, ou largement indépendant tel que la cloison nasale ou l'oreille. Ceci vaut d'autant plus que l'art. 9 al. 2 OLAA a expressément mentionné une catégorie particulière de cartilage dont la lésion est assimilée à un accident, à savoir la déchirure du ménisque (art. 9 al. 2 let. c OLAA). Du caractère exhaustif de l'art. 9 al. 2 OLAA, il faut déduire que les autres lésions du cartilage ne sont pas assimilées à un accident.

En l'espèce, l'absence de déchirure du ménisque a été constatée par IRM. Indépendamment de la cause de la lésion chondrale au condyle interne, cette lésion au cartilage ne figure pas dans les atteintes mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA. Elle ne peut donc pas être considérée comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. C'est ainsi à juste titre que la décision attaquée a nié la présence d'une lésion assimilée à un accident.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF

134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ;
TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision
attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la
procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, les
recourants n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g
LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition du 30 mars 2015 rendue par J._____ Assurances est confirmée.

- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour B.O._____, Q._____, C.O._____ et D.O._____, succédant à A.O._____),
- J._____ Assurances,
- 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 :