

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

G. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Pierre Rüttimeann,
avocat à Genève,

et

F. _____ **ASSURANCES SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 4, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, a été engagé comme footballeur par le Club de football J. _____ dès le 28 janvier 2015. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de F. _____ Assurances SA (ci-après : F. _____ Assurances SA ou l'intimée).

Le 12 février 2015, l'assuré s'est blessé au genou droit dans les circonstances suivantes, telles que décrites dans la déclaration d'accident complétée le 17 février 2015 par le Club de football J. _____ : « Lors d'un contact de jeu contre un adversaire le joueur ressent de fortes douleurs au niveau de son genou droit ».

Une IRM (imagerie par résonance magnétique) a été réalisée le 13 février 2015. Dans son rapport y relatif du 16 février 2015, la Dresse B. _____, spécialiste en radiologie, a relevé des antécédents « d'une plastie de LCA [ligament croisé antérieur] suture méniscale en 2013 » et a fait état notamment de ce qui suit :

« Description :

Examen grevé d'artéfacts cinétiques.

Compartiment interne : ménisque de signal hétérogène traversé par une lésion hypo-intense d'orientation oblique dans les cornes moyenne et postérieure d'intensité non liquidienne pouvant témoigner d'une déchirure d'allure ancienne. La surface interne du ménisque de la corne moyenne est tronchée pouvant entrer dans un contexte de ménissectomie. Le cartilage est irrégulier d'intensité et de surface sur les deux versants articulaires, aminci de grade II. Pas d'œdème spongieux osseux. Ligament collatéral interne épaissi dans son segment proximal suggérant un remaniement cicatriciel. Pas de lésion aigue.

Pivot central : la plastie du LCA est infiltrée. Ses fibres proximales émerge[a]nt du condyle externe sont reconnaissables alors que ses fibres distales sont désorganisées avec une distorsion architecturale et une continuité qui n'est plus reconnaissable témoignant d'une déchirure complète. Pas d'anomalie des tunélisation[s] tibiale ni fémorale. Le LCP [ligament croisé postérieur] est sans particularité.

Compartiment externe : lésion linéaire oblique traversant la corne moyenne d'intensité non liquidienne suggérant plutôt une cicatrice

qu'une déchirure aigue. Cartilage aminci dans la zone de charge et irrégulier, de grade II. Pas d'œdème spongieux osseux. Ligament collatéral externe épaissi dans son segment proximal compatible avec un remaniement cicatriciel. Pas de lésion aigue.

Appareil extenseur : quelques altérations du cartilage de la rotule notamment sur la facette externe. Zones de fissurations de grade III à l'extrémité de la facette interne. Dans le versant supéro-latéral, aspect de défaut dorsal de la rotule caractérisé par une invagination du cartilage dans la rotule, lésions mesurant 4x5mm de diamètre. Pas de lésion sur le versant de la trochlée.

Tendons rotulien et quadricipital et ailerons rotuliens sans particularité. Épanchement intra-articulaire de quantité modérée.

Conclusion :

Désorganisation architecturale et discontinuité des fibres distales de la plastie du ligament croisé antérieur témoignant d'une déchirure complète.

Lésions de la corne moyenne du ménisque externe et moyenne et postérieure du ménisque interne suggérant des séquelles de déchirure, pas de lésion aigue.

Remaniement cicatriciel du segment proximal du ligament collatéral interne et externe sans signe d'élongation aigue.

Épanchement intra-articulaire de quantité modérée. ».

Dans un rapport du 17 février 2015, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué ce qui suit :

« Je te remercie de m'avoir adressé ce footballeur arrivé depuis 15 jours à [...] et qui le 12 février 2015, a présenté à l'entraînement une entorse du genou gauche [*recte* : droit] avec craquement et depuis lors sentiment d'instabilité du genou droit. Il s'agit d'un footballeur déjà opéré du genou droit en mars 2013 lors d'un traumatisme sans contact à la suite duquel il avait présenté une déchirure du croisé antérieur et une déchirure du ménisque qui avait été suturé en même temps que la plastie avait été effectuée. Les suites opératoires ont été marquées par des douleurs les premiers jours puis se sont faites sans problème.

Dans les antécédents de patient on relève également à gauche un status post plastie du LCA avec retour externe au fascia lata pratiquée par le Dr S._____ sur un genou déjà opéré d'une méniscectomie interne 5 ans auparavant en [...].

Aujourd'hui, le patient signale peu de douleurs, le genou est pratiquement sec et la marche s'effectue sans boiterie.

(...)

Aujourd'hui, le patient présente une récurrence de lésion ligamentaire du LCA lors d'un traumatisme relativement bénin sans contact et dans un contexte défavorable avec un statut post plastie avec lésion chondrale extensive du condyle interne.

Le bilan IRM ne montre pas de lésion méniscale post-traumatique lors du dernier épisode et des ménisques pratiquement intègres.

Pour assurer le résultat post nouvelle plastie ligamentaire du LCA, je pense qu'il convient de procéder dans le même temps chirurgical à une ostéotomie de valgisation de normo-correction (sous-correction volontaire laissant un léger varus résiduel) qui permettra en même temps d'éviter des lésions dégénératives précoces dans le compartiment interne de ce genou. J'ai expliqué les modalités et les suites au patient qui ira prendre probablement un autre avis à [...] et qui reviendra éventuellement se faire opérer à [...]. ».

Dans un compte-rendu de consultation du 19 février 2015, le Prof. S._____, chirurgien orthopédique et traumatologue à [...], a exposé que l'assuré présentait « un syndrome fonctionnel du genou droit se manifestant par une instabilité de type rotatoire liée à un traumatisme sportif indirect sous forme de pivot sur "poussée" » intervenu le 12 février 2015. Il a diagnostiqué une laxité globale antérieure de stade 2 et préconisé une reprise chirurgicale par opération. Il a par ailleurs fait état des antécédents suivants :

« Mars 2013: rupture du LCA genou droit opérée par (...)
Août 2013: ménisectomie interne partielle genou droit (...)
Évolution jamais complètement favorable avec persistance d'une instabilité sur certains mouvements.
Antécédents autres:
Rupture du LCA genou gauche opérée par mes soins à [...] en 2005 (...)- suites simples. ».

F._____ Assurances SA a soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 24 février 2015, ce praticien a indiqué qu'il existait des facteurs étrangers à l'accident, soit un statut post reconstruction du ligament croisé antérieur du genou droit en 2013. Il a relevé une laxité globale antérieure chronique du genou droit et exposé que le traitement planifié n'était pas en rapport de causalité avec l'événement du 12 février 2015 car il existait une instabilité résiduelle chronique et cet événement ne montrait pas de lésion fraîche (absence de contusion osseuse ou de lésions méniscales). Il a ainsi

répondu par la négative à la question de savoir si F._____ Assurances SA devait prendre en charge l'opération proposée par le Prof. S._____.

Par décision du 3 mars 2015, F._____ Assurances SA a refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale planifiée. Elle a considéré que l'examen du dossier médical ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité entre l'événement du 12 février 2015 et les troubles mis en évidence par l'IRM du 13 février 2015, précisant que de l'avis de son médecin-conseil, l'assuré présentait une laxité globale antérieure chronique du genou droit qui était préexistante à l'événement précité, lequel n'avait entraîné aucune nouvelle lésion fraîche. Elle a en outre conseillé à l'intéressé d'annoncer l'opération à l'assureur qui avait pris en charge l'intervention de 2013 afin qu'il détermine s'il pourrait s'agir d'une rechute ou de séquelles tardives.

L'assuré a été opéré le 13 mars 2015 à [...] par le Prof. S._____ et le Dr [...].

Le 25 mars 2015, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, exposant que la blessure subie était nouvelle et ne constituait pas une rechute. Il a également requis qu'une expertise médicale contradictoire soit organisée.

Dans une note du 31 mars 2015, le Dr C._____ a ajouté ce qui suit à son rapport du 24 février 2015 :

« L'examen IRM du genou droit du 13.02.2015, réalisé le lendemain de l'événement annoncé, est déterminant dans l'appréciation de la situation médicale.

La déclaration d'accident établie le 17.02.2015 fait état d'un contact de jeu contre un adversaire survenu le 12.02.2015. Cependant, dans le rapport de l'examen IRM du lendemain (13.02.2015), il n'y a aucune trace d'un traumatisme récent. En effet, suite à un contact d'une certaine violence, il y aurait clairement, à l'examen IRM du lendemain, des atteintes osseuses visibles, ou en tout cas un état aigu visible à l'imagerie. Or, le rapport IRM ne parle d'aucune lésion aiguë. Aucun élément, dans ce rapport, ne permet d'objectiver un traumatisme subi la veille. Au niveau du compartiment interne, il est retenu une déchirure d'allure ancienne, pas d'œdème spongieux osseux, un ligament collatéral interne épaissi suggérant un

remaniement cicatriciel, "pas de lésion aigue". Dans le compartiment externe, la lésion linéaire suggère une cicatrice plutôt qu'une déchirure aigue; à nouveau pas d'œdème spongieux et un ligament collatéral externe épaissi compatible avec un remaniement cicatriciel, "pas de lésion aigue". D'autre part, il est relevé un épanchement intra-articulaire de quantité modérée, ce qui est normal vu l'état dégénératif global de ce genou.

Il y a certes une description au niveau du pivot central qui témoigne d'une déchirure complète du ligament croisé antérieur. Toutefois, cette déchirure doit être considérée comme ancienne. Si elle remontait à la veille, on visualiserait d'autres lésions en rapport avec la déchirure, notamment une contusion osseuse, un épanchement intra-articulaire important (un épanchement intra-articulaire modéré tel que décrit n'est pas compatible avec une déchirure fraîche du ligament croisé antérieur).

Par conséquent, je confirme mon appréciation du 24.02.2015, à savoir que les atteintes mises en évidence à l'IRM du 13.02.2015 ne sont pas en rapport de causalité naturelle avec le traumatisme du 12.02.2015. Dès lors, la prise en charge médicale et l'intervention chirurgicale finalement réalisée le 13.03.2015 ne sont pas à charge de F._____ Assurances SA. ».

Par décision sur opposition du 19 mai 2015, F._____ Assurances SA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 3 mars 2015. Elle a relevé au préalable que l'on pouvait raisonnablement se demander si l'événement du 12 février 2015 remplissait bien les critères de la notion d'accident, notamment le critère de la cause extraordinaire, dès lors que le Dr X._____ et le Prof. S._____ ont évoqué respectivement un « traumatisme relativement bénin sans contact » et un « traumatisme sportif indirect sous forme d'un pivot sur "poussée" », laissant toutefois cette question ouverte dans la mesure où elle contestait tout lien de causalité. En effet, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr C._____, elle a exposé que l'IRM du 13 février 2015 ne révélait aucune trace d'un traumatisme récent et que les lésions décrites étaient d'allure ancienne, sans œdème. Elle a ainsi considéré qu'il existait un état pathologique préexistant et que les atteintes mises en évidence sur l'IRM n'avaient pas été causées par l'événement du 12 février 2015, si bien que la prise en charge médicale du cas et l'intervention réalisée le 13 mars 2015 n'étaient pas à sa charge.

B. Par acte du 22 juin 2015, G._____, représenté par Me Pierre Rüttimann, a recouru contre la décision sur opposition précitée, concluant

principalement à son annulation, à la prise en charge par l'intimée des conséquences de l'accident du 12 février 2015 et à l'allocation d'une indemnité pour les frais indispensables causés par le recours, comprenant une équitable indemnité pour ses frais d'avocat, subsidiairement à son annulation, au renvoi de la cause à l'intimée pour expertise et nouvelle décision et à l'allocation d'une indemnité pour les frais indispensables causés par le recours, comprenant une équitable indemnité pour ses frais d'avocat. A titre de mesures d'instruction, il a requis, d'une part, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin d'examiner si l'opération subie a été nécessitée par l'accident du 12 février 2015 et, d'autre part, son audition ainsi que celle de [...] et du Prof. S._____. Le recourant a exposé en substance que l'événement du 12 février 2015 constituait un accident et que la blessure subie à cette occasion avait conduit à la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il a encore soutenu que dès lors que la décision sur opposition litigieuse se fondait exclusivement sur l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée et que l'avis du Prof. S._____ laissait subsister un doute quant à la fiabilité cette appréciation, il était indispensable de procéder à une expertise. Il a enfin relevé que l'absence de prise de position de l'intimée sur sa requête d'expertise formulée dans son opposition constituait une violation du droit d'être entendu.

Dans sa réponse du 27 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. Elle a exposé que l'avis du Prof. S._____ était insuffisamment motivé pour laisser subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr C._____, qui était largement étayée et à laquelle on pouvait accorder une pleine valeur probante, si bien qu'une expertise judiciaire ne se justifiait pas. Elle s'est référée pour le surplus à la motivation de sa décision sur opposition et a produit le dossier complet du recourant, dans lequel figurent notamment :

- le compte-rendu opératoire de l'intervention chirurgicale subie par le recourant le 13 mars 2015, établi par le Prof. S._____ et le Dr [...], mentionnant le diagnostic de « laxité antérieur chronique » du genou droit et dont le bilan intra-articulaire fait état d'une disparition de l'ancien

greffon du ligament croisé antérieur, d'une lésion méniscale médiale au niveau du ménisque inférieur et d'une chondropathie œdémateuse étendue du condyle médial au niveau des cartilages condyliens ;

- une note du 25 août 2015 établie par le Dr C._____, dont le contenu est le suivant :

« Je prends connaissance du "Compte rendu opératoire LCA" du 13.03.2015 rédigé par le Prof. S._____. L'indication principale de cette intervention est la reconstruction d'un ligament incompetent.

Ce rapport n'apporte aucun nouvel élément médical objectif permettant de retenir que la situation est récente. Au contraire, le Prof. S._____ signale notamment une "laxité antérieure chronique" et une "chondropathie œdémateuse étendue du condyle médial" qui sont des éléments parlant pour des lésions anciennes, bien antérieures à un mois seulement. ».

Par réplique du 18 septembre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions. Précisant que le Prof. S._____ jouissait d'une renommée mondiale dans son domaine de spécialité, il a produit un certificat établi par ce praticien le 5 septembre 2015, rédigé en ces termes :

« Attestation concernant la lésion du genou droit dont a été victime M G._____ le 12/2/15 et qui a nécessité une intervention réparatrice le 13/3/15.

A signaler que M. G._____ avait été opéré d'une rupture du LCA par le Dr [...] à [...] en Mars 2013 et que cette opération avait permis la reprise du football malgré un résultat fonctionnel imparfait signalé par le patient.

Celui[-]ci a été victime d'un nouvel accident sportif le 12/2/15 ayant provoqué une rupture de la greffe antérieure.

Je tiens à affirmer que les constatations pré-opératoires confirment l'existence d'une rupture de la greffe concomitante de l'accident et qu'en aucun cas il faut envisager le terme d'échec ou de récurrence.

En conclusion, nouvel accident sur plastie ancienne ayant conduit à sa rupture comme il aurait pu rompre un LCA sain. ».

Dans sa duplique du 9 octobre 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a produit la prise de position du Dr C._____ sur le certificat précité du Prof. S._____, datée du 29 septembre 2015 et faisant état de ce qui suit :

« Le certificat médical établi le 05.09.2015 par le Pr S. _____ lui est transmis pour prise de connaissance.

Le Dr C. _____ relève qu'à la suite de l'intervention de mars 2013, le résultat fonctionnel était imparfait. Le risque d'instabilité étant connu, se pose la question de la pertinence du feu vert qui a été donné à ce joueur pour la pratique du football.

D'autre part, le Dr C. _____ retient que le mécanisme de l'événement du 12.02.2015 n'est pas adéquat pour entraîner une nouvelle rupture.

D'ailleurs, si le Pr S. _____ continue d'affirmer que les constatations pré-opératoires confirment l'existence d'une rupture de la greffe concomittente de l'accident, il n'apporte aucun élément médical permettant de comprendre en quoi cette lésion serait fraîche. ».

Par écriture du 30 octobre 2015, le recourant a confirmé ses conclusions et produit un courrier du Prof. S. _____ du 26 octobre 2015, dont le contenu est le suivant :

« À la lecture du compte rendu impliquant le Dr C. _____, je suis ulcéré!

Je tiens à affirmer que les constatations pré-opératoires confirment l'existence d'une rupture concomittente de l'accident....

Non seulement j'affirme, mais je certifie et confirme la rupture récente du transplant.!

De quel droit ce médecin peut évoquer ou affirmer le contraire?

A t'il (sic) assisté à l'opération?

La 1ère opération dont le résultat semble n'avoir pas été parfait, avait néanmoins permis la reprise du football, ce qui se rencontre avec certaines techniques réalisées dans le monde!

Il me paraît extrêmement important de ne pas travestir la vérité des faits dans une affaire qui me paraît non contestable, hormis l'intérêt d'une partie! ».

Dans ses déterminations du 23 novembre 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions et s'est référée au contenu de ses précédentes écritures, considérant que le Prof. S. _____ n'apportait aucun élément de fait objectivement nouveau.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations

expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours 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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les conséquences de l'événement du 12 février 2015.

3. a) Selon 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. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs,

l'inapplication de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accident obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n. 79, p. 865).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 125

V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

d) Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations,

la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

e) Le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (art. 6 al. 2 LAA). En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que 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 et pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs :

- 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) ;
- 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 citées ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 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 citées).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (*cf.* art. 4 LPGA) en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. 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 (ATF 129 V 466 consid. 4 ; ATF 123 V 43 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

4. a) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. 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 (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par

un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. 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 (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. En l'espèce, se fondant sur l'avis du Prof. S._____, le recourant considère que la lésion subie lors de l'événement du 12 février 2015 constitue une atteinte récente sur une ancienne chirurgie, qui a conduit à la nécessité d'une opération et se trouve en lien de causalité avec ledit événement. De son côté, l'intimée, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr C._____, considère que l'IRM réalisée le lendemain de l'événement n'a révélé aucun traumatisme récent et que l'intéressé présentait un état pathologie préexistant du fait d'une

opération réalisée en 2013 dont il résultait une instabilité résiduelle chronique du genou droit, niant ainsi l'existence d'un lien de causalité.

Dans son rapport du 19 février 2015, le Prof. S._____ a exposé que le recourant présentait un syndrome fonctionnel du genou droit se manifestant par une instabilité de type rotatoire liée à un traumatisme sportif indirect sous forme de pivot sur « poussée » intervenu le 12 février 2015 et a diagnostiqué une laxité globale antérieure de stade 2. Le 5 septembre 2015, après avoir rappelé que l'intéressé avait été opéré d'une rupture du ligament croisé antérieur en mars 2013, il a précisé que l'événement du 12 février 2015 avait provoqué une rupture de la greffe antérieure, relevant qu'il aurait également pu rompre un ligament sain, et a affirmé que les constatations pré-opératoires confirmaient l'existence d'une rupture de la greffe concomitante dudit événement. Ce praticien a mentionné dans le bilan intra-articulaire figurant dans le compte-rendu opératoire du 13 mars 2015 une disparition de l'ancien greffon du ligament croisé antérieur, une lésion méniscale médiale au niveau du ménisque inférieur et une chondropathie œdémateuse étendue du condyle médial au niveau des cartilages condyliens

Dans ses rapports des 24 février et 31 mars 2015, le Dr C._____ a observé une laxité globale antérieure chronique du genou droit et exposé que l'IRM réalisée le 13 février 2015 ne montrait pas de traumatisme récent. En rapport avec cet examen, il a également relevé une description au niveau du pivot central qui témoignait d'une déchirure du ligament croisé antérieur, relevant toutefois que cette déchirure devait être considérée comme ancienne dans la mesure où si elle remontait au 12 février 2015, on visualiserait d'autres lésions en rapport avec la déchirure, notamment une contusion osseuse et un épanchement intra-articulaire important.

On constate que les avis de ces médecins divergent quant aux lésions subies par le recourant le 12 février 2015. Si le Dr C._____ a observé que la description faite dans le rapport d'IRM du 16 février 2015

au niveau du pivot central témoignait d'une déchirure du ligament croisé antérieur, il a considéré celle-ci comme ancienne, au contraire du Prof. S._____. Au vu des explications fournies par ces praticiens, au demeurant spécialistes en la matière, on peut attribuer à chacun de leur avis un caractère probant et il n'y a pas d'éléments objectifs pour en faire prévaloir un sur l'autre.

On relève en outre que l'intimée n'a procédé à aucune instruction relative au déroulement de l'événement du 12 février 2015, de sorte que l'on ignore s'il s'agit d'un accident ou non. Elle s'est contentée de laisser cette question ouverte dans sa décision sur opposition, tout en relevant que l'on pouvait raisonnablement se demander si cet événement remplissait les critères de la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA dès lors que le Dr X._____ avait évoqué un « traumatisme relativement bénin sans contact » et le Prof. S._____ un « traumatisme sportif indirect sous forme d'un pivot sur "poussée" ». Or, si l'atteinte subie par le recourant constitue une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, il y aurait lieu de savoir comment s'est déroulé l'événement du 12 février 2015 dès lors qu'à l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (*cf. supra* consid. 3e). Une instruction sur ce point se justifiait d'autant plus que les observations précitées desdits praticiens sont en contradiction avec la description de l'événement figurant dans la déclaration d'accident, qui mentionne un contact de jeu.

Au vu de ce qui précède, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimée s'est en effet prononcée sur la base d'un dossier incomplet et comportant des contradictions, en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue, d'une part, de qualifier l'événement du 12 février 2015 et, d'autre part, de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette

solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimée, après avoir clarifié les circonstances de l'événement du 12 février 2015, de mettre en œuvre le cas échéant une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 19 mai 2015 par F._____ Assurances SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. F._____ Assurances SA versera à G._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Rüttimann (pour G._____)
- F._____ Assurances SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :