

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 mai 2017

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Y.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCE-MALADIE SA**, au [...], recourante,

et

**N.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCE-ACCIDENTS SA**, à Lausanne, intimée,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 let. c OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) est affilié auprès de l'assureur-maladie Y.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA (ci-après : la recourante) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. En 2015, il était au bénéfice de la catégorie d'assurance « MEDECIN DE FAMILLE : Assurance obligatoire des soins modèle "médecin de famille" », avec une franchise annuelle de 300 fr., sans couverture accident. Ostéopathe et physiothérapeute indépendant, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA (ci-après : l'intimée).

Le 21 mars 2015, l'assuré a été victime d'un accident. Il a annoncé cet événement à N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA dans une déclaration signée le 20 avril 2015, indiquant avoir fait une « chute à ski de fond dans un virage très serré » et que son genou droit avait été atteint. Il a précisé comme type de lésion « méniscale + fracture ».

L'assuré a subi une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit le 14 avril 2015. Dans le rapport y relatif daté du lendemain, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a rédigé la conclusion suivante :

« Petite fracture sous-chondrale du condyle fémoral externe et fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieure et du corps du ménisque externe. Status après résection partielle du ménisque interne qui est d'aspect remanié. Chondropathie fémoro-patellaire focalement sévère sur la rotule. Kyste poplité. ».

Dans un certificat médical du 17 avril 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une incapacité de travail de l'assuré depuis le 14 avril 2015 en raison d'un accident.

Le 22 avril 2015, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit pratiquée par le Dr L.\_\_\_\_\_, consistant en une résection-égalisation

du ménisque externe. Dans son rapport y relatif, outre la cécité préexistante de l'intéressé, ce praticien a posé les diagnostics de déchirure du ménisque externe du genou droit, de fracture sous chondrale du condyle fémoral externe droit et de status après résection du ménisque interne du genou droit.

Dans un certificat médical du 1<sup>er</sup> juin 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de l'assuré depuis le 13 avril 2015 en raison d'une maladie, indiquant que le travail pouvait être repris à 25% le 4 juin 2015. Le 12 juin 2015, il a rédigé un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail de l'intéressé dès le 14 avril 2015 en raison d'un accident, précisant que le travail pouvait être repris à 25% dès le 4 juin 2015.

Dans un rapport du 30 juin 2015 à N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en sus du traitement pour le genou droit débuté le 13 avril 2015, un traitement pour l'épaule droite avait été entrepris dès le 12 juin 2015. Il a exposé que le 6 juin 2015, l'assuré, en descendant des escaliers avec ses cannes, avait glissé et chuté après le lâchage de son genou droit et qu'en voulant se retenir, il avait ressenti une violente douleur à l'épaule droite. Ce praticien a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendon sus-épineux) et a attesté une incapacité de travail totale de l'intéressé dès le 22 juin 2015.

Le 5 août 2015, N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA a signifié à l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge l'intervention du 22 avril 2015 ainsi que les traitements pré et post-opératoires concernant la lésion du ménisque et lui a imparti un délai de 30 jours pour lui faire savoir s'il souhaitait recevoir une décision formelle dans ce sens. A l'appui de sa position, elle a notamment exposé ce qui suit :

« Le caractère accidentel de l'événement du 21.03.2015 n'est pas contesté. Cependant, il reste à déterminer la durée de guérison du traumatisme subi et de l'incapacité de travail. Pour résoudre cette question, nous avons soumis votre dossier à notre médecin

consultant, le Dr. C.\_\_\_\_\_ [réd. : spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur].

Après avoir pris connaissance de votre dossier, le Dr. C.\_\_\_\_\_ constate que vous avez souffert d'une lésion traumatique sous forme d'une fracture sous chondrale avec œdème. Dans un tel cas, le traitement conservateur dure environ 3 mois, aussi il nous recommande d'accepter le traitement de cette lésion et l'incapacité de travail jusqu'au 30.06.2015. Par contre la lésion méniscale sous forme de fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieur[e] du ménisque externe, ayant nécessité l'indication opératoire, est une affection dégénérative préexistante qui relève de la maladie. La relation de causalité de cette affection avec l'événement survenu le 21.03.2015 n'est pas démontrée au degré de vraisemblance exigé par la Loi (> 50%). Par conséquent, il refuse la prise en charge de l'intervention du 22.04.2015 et les traitements pré et post-opératoires.

Vu ce qui précède, la responsabilité de l'assureur LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] n'est donc plus est (sic) engagée dès le 01.07.2015, pour la fracture sous-chondrale et la responsabilité de l'assureur LAA n'est pas engagée pour la lésion méniscale. ».

Par courrier du 10 août 2015, l'assuré a déclaré s'opposer à la décision de N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA. Il a indiqué que l'ablation d'une partie du ménisque interne était due à un traumatisme sportif (judo) et non à une lésion dégénérative, de sorte qu'à son avis, la lésion du ménisque externe ne pouvait être que liée à l'accident du 21 mars 2015.

Le 17 août 2015, le Dr L.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit au Dr C.\_\_\_\_\_ :

« Je suis très surpris de ta décision du 03.08.2015 que j'ai beaucoup de peine à m'expliquer. J'aimerais relever quelques points.

C'est un patient de 65 ans, ostéopathe physiothérapeute indépendant, pratiquement aveugle. Il pratique régulièrement plusieurs sports accompagnés. Il n'a pas eu de problème à ce genou à part une résection partielle du ménisque interne avec une évolution tout à fait favorable.

Le 21 mars 2015 alors qu'il fait du ski de fond, il glisse et chute en se tordant le genou droit. Il se plaint immédiatement de douleurs externes qui persistent. Il me consulte 2 semaines après, car il est très handicapé dans sa vie professionnelle d'ostéopathe. Cliniquement, son genou droit est calme. La rotule est indolore. Douleurs à la palpation de l'interligne externe. Il n'y a pas d'instabilité. La mobilité est diminuée. Suspectant une lésion du ménisque externe, j'ai demandé une IRM. Celle-ci confirme la lésion du ménisque externe ainsi qu'une petite fracture sous chondrale du

condyle fémoral externe. Comme la situation ne s'améliore pas, on opte alors pour une arthroscopie, le patient n'étant pas capable de travailler c'est à dire 1 mois après l'accident. Dans ces conditions, j'ai de la peine à comprendre la relation de causalité inférieure à 50%, surtout que la lésion méniscale était importante, pas dégénérative, à l'exception des dépôts de chondrocalcinose.

D'autre part, je tiens à t'informer que le patient a été victime d'un autre accident lors de sa rééducation. Le 12 juin 2015, il est tombé dans les escaliers. En essayant de se retenir à la rampe d'escalier, il a ressenti une violente douleur dans l'épaule droite avec une impotence fonctionnelle. Une IRM a mis en évidence une rupture du tendon sus-épineux, sans amyotrophie. Une suture-réinsertion de la coiffe de l'épaule droite est prévue le 09.09.2015 à la clinique [...].

J'aimerais bien que tu revoies ton appréciation qui me paraît injuste. Je suis à ta disposition pour des informations complémentaires. ».

Dans un rapport du 20 août 2015 à N. \_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA, le Dr C. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

#### « **2.-Anamnèse**

Fracture sous-chondrale avec œdème.  
Fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe.

#### **3.- Questions posées au médecin-conseil**

Est-ce que l'examen IRM du 14.04.2015 décrit une lésion traumatique en lien avec la chute ? Est-ce que l'arthroscopie est à charge de la LAA ?

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

La fracture sous-chondrale avec œdème est une lésion traumatique. Dans un tel cas, il faut accepter env. 3 mois d'évolution et mettre un terme aux prestations le 30.06.2015. Il faut refuser l'opération en relation avec la lésion méniscale sous forme de fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe, car il n'est pas possible d'établir un lien de causalité naturelle entre cette lésion et l'événement du 21.03.2015, avec le degré de vraisemblance exigé par la loi > 50%. Par conséquent, il appartient à l'assureur maladie de prendre en charge cette intervention. ».

Par décision du 27 août 2015, N. \_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA a signifié à l'assuré et à Y. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA qu'elle acceptait la prise en charge des traitements et de l'incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2015 pour la fracture sous-chondrale et refusait d'intervenir dans la prise en charge de l'intervention du 22 avril 2015 et

des traitements pré et post-opératoires pour la lésion méniscale, selon la motivation suivante :

**« 3. Appréciation des faits**

3.1 Lors de l'événement survenu le 21.03.2015, vous avez chuté à ski de fond, ceci correspond à la notion d'accident au sens de la LAA.

3.2 Après avoir pris connaissance de toutes les pièces médicales, notre médecin consultant, le Dr. C. \_\_\_\_\_ relève que l'examen IRM a démontré une fracture sous-chondrale avec œdème qui est une lésion traumatique. Dans un tel cas, il accepte la prise en charge du traitement ambulatoire et de l'incapacité de travail jusqu'au 30.06.2015, soit un peu plus de 3 mois d'évolution. Par contre, il refuse la prise en charge de l'opération de la lésion méniscale sous forme de fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe, car il n'est pas possible d'établir un lien de causalité naturelle entre cette lésion et l'événement du 21.03.2015 avec le degré de vraisemblance exigé par la loi > 50%. Par conséquent, il appartient à l'assureur maladie de prendre en charge l'intervention du 22.04.2015 et les traitements pré et post-opératoires.

La responsabilité de l'assureur LAA n'est donc plus est engagée dès le 01.07.2015, pour la fracture sous-chondrale et la responsabilité de l'assureur LAA n'est pas engagée pour la lésion méniscale. ».

Le 2 septembre 2015, Y. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Par courrier du 2 octobre 2015, Y. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a complété son opposition, exposant qu'en sus de la fracture sous-chondrale du condyle fémoral externe du genou droit, l'accident du 21 mars 2015 avait provoqué chez l'assuré, au même endroit, une déchirure du ménisque externe et pas seulement de la corne mais aussi du corps du ménisque externe, cette lésion méniscale étant importante et pas dégénérative, de sorte que son médecin-conseil estimait que le lien de causalité entre la lésion méniscale et l'événement précité était supérieur à 75%.

Dans un rapport du 29 octobre 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin-conseil de N. \_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA, a exposé que la lésion du ménisque droit de l'assuré était, selon l'IRM

et les photographies, une lésion horizontale, donc presque toujours dégénérative, et en a conclu qu'elle n'était pas liée à l'accident avec une vraisemblance prépondérante.

Par décision sur opposition du 12 novembre 2015, N. \_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 27 août 2015. Elle a exposé qu'un second médecin-conseil, le Dr J. \_\_\_\_\_, partageait l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ et niait le lien de causalité entre la lésion du ménisque de l'assuré et l'accident.

**B.** Par acte du 14 décembre 2015, Y. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la prise en charge par l'intimée de l'intervention du 22 avril 2015 ainsi que des traitements pré et post-opératoires pour la lésion du ménisque. Elle a notamment produit un rapport du 7 décembre 2015 de son médecin-conseil, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, rédigé en ces termes :

« Le 21 mars 2015, Monsieur P. \_\_\_\_\_ a été victime d'une chute en faisant du ski de fond et s'est tordu le genou droit. Ont été constatées, une fracture sous-chondrale du condyle latéral du fémur ainsi qu'une lésion latérale du ménisque avec une fissure horizontale du corps et de la corne postérieure de ce ménisque latéral. Dans sa décision du 27 août 2015, l'assurance-accident, N. \_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA, confirme qu'elle reconnaît les frais de traitement pour la fracture sous-chondrale ainsi que l'incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2015 comme étant les suites de l'accident et qu'elle prendra donc les coûts à sa charge. Cependant, elle refuse d'indemniser les frais pour la méniscectomie arthroscopique du 22 avril 2015, arguant qu'il s'agit d'une lésion horizontale, c'est-à-dire de nature dégénérative dans la plupart des cas, et que par conséquent, le lien de causalité entre l'accident et cette lésion ne peut être établi au degré de vraisemblance prépondérante.

D'un point de vue médical, cet argument n'est pas recevable. En effet, pour provoquer une fracture sous-chondrale, il faut un traumatisme à haute énergie. Lors des traumatismes à haute énergie, les lésions qui surviennent touchent le plus souvent différentes structures, telles que le cartilage, le ménisque, les ligaments croisés ou latéraux. Il existe à ce sujet une multitude de travaux scientifiques.

Dans le cas présent, il est parfaitement évident que l'enfoncement du cartilage au niveau du condyle latéral a induit en même temps

des répercussions sur le ménisque. Dans le cas de ces blessures traumatiques, il n'y a pas de lésions typiques : il peut se produire des fissures radiales, horizontales ou en anse de seau, selon l'effet de l'énergie traumatique. Par conséquent, sur le plan médical, il n'est pas admissible de se baser sur la forme précise d'une lésion méniscale (en l'occurrence une fissure horizontale) pour en déduire la cause. De toute évidence, et cela peut être qualifié de vraisemblable de manière prépondérante, ce traumatisme par écrasement et par rotation a provoqué une lésion sous-chondrale du condyle latéral et, en même temps, une fissure du ménisque situé directement en dessous.

Au vu de ce qui précède, ainsi que des multiples travaux scientifiques disponibles à ce sujet, je recommande de faire opposition à la décision de N. \_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA. ».

A l'appui de ses conclusions, la recourante a exposé que l'appréciation des Drs C. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ était contestée par les Drs L. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, ce dernier ayant expliqué précisément pourquoi il existait au degré de vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre l'événement du 21 mars 2015 et la lésion méniscale de l'assuré.

Dans sa réponse du 26 janvier 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 12 novembre 2015. Elle a produit un rapport du 20 janvier 2016 du Dr C. \_\_\_\_\_, indiquant ce qui suit :

**« Rappel des faits :**

(...)

Mon avis médical, exprimé le 07.07.2015 lors de notre "walk-in médical support" et réitéré le 18.08.2015, il n'a pas changé d'un iota, car il n'y a aucune information nouvelle qui a modifié cet avis, avis d'ailleurs corroboré par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son rapport daté du 25.10.2015.

De fait, au moment de la chute du 21.03.2015, l'assuré est âgé de 65 ans. Il présente un genou qui a déjà subi une ménissectomie interne il y a une vingtaine d'années. L'imagerie montre que ce genou présente des chondropathies sévères et une chondrocalcinose. L'état de ce genou est d'ailleurs décrit dans la lettre du 17.08.2015 du Dr L. \_\_\_\_\_.

**En résumé :**

M. P. \_\_\_\_\_ a subi une entorse, avec vraisemblablement un choc direct sur le genou droit, ce qui a provoqué une fracture sous-

chondral[e] avec un œdème massif du condyle fémoral externe, plutôt qu'une entorse, les structures ligamentaires étant intactes.

Trois semaines après l'événement accidentel, il consulte le Dr L.\_\_\_\_\_. Le lendemain, une IRM du genou droit montre la présence d'une fracture sous chondrale, ainsi qu'une petite fissuration horizontale du ménisque externe à sa corne postérieure. Il n'y a pas d'épanchement articulaire. Or, une lésion méniscale fraîche produit invariablement un épanchement articulaire. Ce fait confirme que la lésion méniscale était sans relation avec les plaintes du patient.

### **Conclusion :**

Je confirme que les plaintes de gonalgies droites, émanant du compartiment externe, qui ont justifié une incapacité de travail étaient bien en relation avec la fracture sous-chondrale et l'œdème osseux considérable du condyle fémoral externe. Cette lésion doit être prise en charge par N.\_\_\_\_\_. Assurance-accidents SA dans le cadre de la LAA pour une durée de trois mois.

La déchirure du ménisque externe du genou droit relève d'une affection malade et n'est pas à la charge de l'assurance accident LAA. ».

L'intimée a exposé qu'en présence d'avis contradictoires, il convenait de retenir les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, qui avait motivé sa position de manière convaincante et dont l'avis était partagé par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste des lésions survenues lors de traumatismes sportifs, relevant que le Dr X.\_\_\_\_\_ argumentait quant à lui de manière plus générale en se basant principalement sur les travaux scientifiques en la matière.

Par réplique du 16 février 2016, la recourante a confirmé ses conclusions et a produit un rapport du 10 février 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_, rédigé ainsi :

« Je m'abstiens de reprendre l'anamnèse et les constatations et vous renvoie à ce propos à mon rapport circonstancié du 7 décembre 2015. Sur la base de ce rapport, vous avez fait opposition à la décision de N.\_\_\_\_\_. Assurance-accidents SA. Cette opposition est maintenant rejetée et il existe encore la possibilité de faire intervenir des éléments supplémentaires.

Les médecins consultants de N.\_\_\_\_\_. Assurance-accidents SA confirment que la fracture sous-chondrale du condyle du fémur est directement liée à l'accident, tout en affirmant que la lésion du ménisque située juste au-dessous est de nature dégénérative étant donné que la lésion est horizontale et que généralement les lésions horizontales sont dues à un phénomène de dégénérescence. En

outre, ils font remarquer que l'assuré a subi une opération du ménisque interne il y a 20 ans déjà et qu'il souffre non seulement de chondropathie mais aussi de chondrocalcinose. Ces faits sont incontestables.

Cependant, comme je l'ai déjà expliqué dans mon courrier de décembre 2015, il y a tout lieu d'admettre qu'il s'agit d'un événement accidentel à haute énergie, puisqu'il en a résulté une fracture sous-chondrale dans la zone de charge du condyle fémoral externe, avec un œdème sous-chondral important. Il est évident que le ménisque situé directement dessous a été endommagé lors de l'accident. Les principales fonctions du ménisque sont de stabiliser l'articulation, de répartir la pression et d'amortir les chocs. Comme je l'ai déjà mentionné, une lésion déterminée ne permet pas d'en déduire obligatoirement la cause (altération dégénérative). Il faut examiner au cas par cas le mécanisme accidentel qui occasionne la lésion concernée <sup>1) 2)</sup>. En l'occurrence, selon le rapport opératoire, c'est principalement la partie centrale qui est atteinte (corps du ménisque), laquelle se trouve aussi à proximité immédiate de la fracture sous-chondrale.

Il existe un mécanisme accidentel propre qui permet d'expliquer aussi bien la lésion du ménisque que la fracture sous-chondrale. C'est pourquoi on ne comprend pas pour quelles raisons la fracture sous-chondrale est reconnue comme étant liée à l'accident et la lésion du ménisque située directement dessous est qualifiée de dégénérative. C'est un peu comme si, dans le cas d'un télescopage, l'assurance payait les dégâts de tôle mais pas les amortisseurs, sous prétexte qu'ils sont de toute manière déjà abîmés vu que ce sont d'assez vieux véhicules.

Il convient également de relever qu'il s'agit ici du ménisque externe et non pas du ménisque interne, lequel est effectivement plus susceptible de subir des altérations dégénératives, en particulier au niveau de la corne postérieure. Il n'est évidemment pas question ici de généraliser mais d'apprécier un cas particulier. Le mécanisme d'accident évoqué est de nature à provoquer une fracture sous-chondrale du cartilage ainsi que la lésion de la structure du ménisque situé au-dessous. Dans le cas d'un mécanisme accidentel propre, on ne tient pas compte du fait que les altérations dégénératives ont contribué ou non à l'apparition des lésions.

(...)

1) Meniskusverletzung: F. Diemer und V. Sutor [ndlt: trad du titre: Lésion méniscale]

2) Korrelation zwischen bone bruise und Meniskusrissen bei akuter Ruptur des Vorderen Kreuzbandes, Hensler D., University of Pittsburgh Medical Center [ndlt: trad du titre: Corrélation entre bone bruise et les fissures méniscales lors de rupture aiguë du ligament croisé antérieur] ».

Dans sa duplique du 26 février 2016, l'intimée a maintenu ses conclusions, se référant aux arguments développés dans sa réponse.

Par écriture du 14 mars 2016, l'assuré a exposé avoir ressenti une douleur immédiatement après l'accident, ce qui pouvait s'interpréter soit comme une douleur due à la fracture sous-chondrale du condyle externe ou du ménisque, éventuellement récemment lésé, soit des deux à la fois, relevant qu'il n'avait jamais ressenti ce genre de douleur avec impotence fonctionnelle (boiterie importante) avant l'accident du 21 mars 2015. Il a expliqué qu'immédiatement après l'intervention chirurgicale, hormis des petites douleurs post-opératoires, cette grande douleur de base initiale avait disparu. Dès lors que le Dr L.\_\_\_\_\_ n'était pas intervenu sur la fracture proprement dite et avait réséqué le ménisque, l'intéressé en concluait que le ménisque avait été lésé immédiatement lors de l'accident.

Dans des déterminations du 29 mars 2016, l'intimée a maintenu ses conclusions et a relevé que l'assuré justifiait le lien de causalité en raisonnant selon le principe *post hoc ergo propter hoc*, qui ne trouvait pas application en droit des assurances sociales.

Dans une écriture du 11 avril 2016, la recourante a indiqué que l'avis de l'assuré rejoignait celui du Dr X.\_\_\_\_\_, soit que le ménisque a été endommagé lors de l'accident.

### **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 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit 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 l'intervention chirurgicale du 22 avril 2015 ainsi que les traitements pré et post-opératoires concernant la lésion méniscale de l'assuré, singulièrement si cette lésion est en lien de causalité avec l'accident du 21 mars 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<sup>er</sup> 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).

**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).

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. 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 ; dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), 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).

**b)** 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).

**c)** Dans le cadre des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que les lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident tant et 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*, sans quoi l'on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette lésion (TF 8C\_381/2014 du 11 juin 2015 consid. 3.2 ; TF 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; TF 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

**5.** En l'espèce, se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, les Drs C.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 21 mars 2015 et la lésion méniscale présentée par l'assuré, considérant celle-ci comme dégénérative. De son côté, la recourante, suivant la position des Drs L.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, soutient que le lien de causalité est établi au degré de vraisemblance prépondérante.

**a)** Les médecins s'étant prononcés sur le cas de l'assuré ont diagnostiqué, s'agissant de l'atteinte méniscale litigieuse, une fissuration (déchirure selon le rapport du 22 avril 2015 du Dr L.\_\_\_\_\_) longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe. Une telle atteinte figure expressément dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. c), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, disposition prévoyant qu'une lésion de cette nature est assimilée à un accident, même si elle n'est pas causée par un facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant qu'elle ne soit pas manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (cf. *supra* consid. 4a).

**b)** Au vu des éléments médicaux au dossier, on constate que les appréciations des médecins-conseils de l'intimée ne permettent pas d'établir de manière manifeste que l'atteinte méniscale présentée par l'assuré est d'origine exclusivement dégénérative et d'écarter toute

origine accidentelle, même partielle. Le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est contenté d'indiquer à cet égard que la lésion en cause était une lésion horizontale, donc presque toujours (« *also fast immer* ») dégénérative, ce qui est insuffisamment probant. Quant au Dr C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 20 janvier 2016, il a justifié son avis sur la nature malade de l'atteinte en relevant, d'une part, que le genou de l'intéressé avait déjà subi une méniscectomie interne 20 ans auparavant et présentait des chondropathies sévères ainsi qu'une chondrocalcinose et, d'autre part, que l'IRM du 14 avril 2015 ne montrait pas d'épanchement articulaire, alors qu'une lésion méniscale fraîche produisait invariablement un tel épanchement. Ces explications ne convainquent pas. En effet, même dans l'hypothèse d'une lésion dégénérative au ménisque asymptomatique jusqu'à l'accident, le raisonnement du Dr C.\_\_\_\_\_ ne permet pas de considérer que l'atteinte présentait un caractère exclusivement dégénératif sans discontinuer. Quant à l'argument de l'absence d'épanchement articulaire censé exclure une lésion méniscale fraîche, il est largement mis en doute par l'avis circonstancié du Dr X.\_\_\_\_\_, qui démontre de manière probante que l'accident du 21 mars 2015 a pu causer l'atteinte méniscale présentée par l'assuré en sus de la fracture sous-chondrale avec œdème reconnue par l'intimée. Il a en effet exposé, d'une part dans son rapport du 7 décembre 2015, que pour provoquer une fracture sous-chondrale, il fallait un traumatisme à haute énergie et qu'il était parfaitement évident que l'enfoncement du cartilage au niveau du condyle latéral avait induit en même temps des répercussions sur le ménisque et, d'autre part dans son rapport du 10 février 2016, que le ménisque était situé juste en-dessous de la fracture sous-chondrale, dans la zone de charge du condyle fémoral externe, que c'était principalement la partie centrale du ménisque (corps du ménisque) qui était atteinte, laquelle se trouvait aussi à proximité immédiate de la fracture sous-chondrale, et que le mécanisme de l'accident était de nature à provoquer une fracture sous-chondrale du cartilage ainsi qu'une lésion de la structure du ménisque situé en-dessous.

Compte tenu de ces éléments et des principes rappelés ci-dessus (*cf. supra* consid. 4c), l'origine uniquement malade ou

dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, de l'atteinte litigieuse n'est pas clairement établie. Partant, et dès lors qu'une cause extérieure (la chute à ski de fond du 21 mars 2015) a, à tout le moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, il y a lieu de considérer que la lésion méniscale en cause constitue une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), de sorte que l'intimée est tenue de prendre en charge le traitement médical y relatif ainsi que l'incapacité de travail éventuelle résultant de cette atteinte. Il lui appartiendra dès lors de statuer à nouveau sur le droit aux prestations dans cette mesure.

Il incombera également à l'intimée de statuer sur les suites de la chute dans les escaliers subie par l'assuré le 6 juin 2015, pour autant qu'elle ne l'ait pas déjà fait.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge le traitement médical de la lésion méniscale constatée sur le genou droit de l'assuré, sous forme d'une fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe, ainsi que l'incapacité de travail éventuelle résultant de cette atteinte, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations compte tenu de ce qui précède.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante agit en qualité d'organisation chargée de tâches de droit public (ATF 128 V 124 consid. 5b ; TF 8C\_563/2009 du 31 mai 2010 consid. 4).

**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 12 novembre 2015 par N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA est réformée en ce sens qu'elle doit prendre en charge le traitement médical de la lésion méniscale constatée sur le genou droit de P.\_\_\_\_\_, ainsi que l'incapacité de travail éventuelle résultant de cette atteinte, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations compte tenu de ce qui précède.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Y.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA
- N.\_\_\_\_\_ Assurance-accidents SA
- P.\_\_\_\_\_
- 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 :