

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Blanc

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

X. _____, à [...], intimée, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne.

Art. 6 LAA et 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], [...] auprès d'I. _____ à [...] depuis le 1^{er} février 1991, était assuré auprès de la X. _____ (ci-après : la X. _____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Il bénéficiait également d'une couverture complémentaire à la LAA.

Le 28 octobre 2013, l'assuré a glissé avec la jambe gauche en avant sur une marche d'escalier légèrement mouillée lors d'une conférence avec des clients à [...] (cf. déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée par l'employeur le 26 novembre 2013).

Le 20 novembre 2013, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-traitant de l'assuré, a communiqué un rapport à la X. _____ faisant état d'une blessure au genou gauche (indiquant sous « type de lésion » : ménisque).

Le 22 novembre 2013, le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, a transmis son rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche au Dr Q. _____ dans lequel il concluait comme suit :

« Méniscopathie avec, selon les dires et les antécédents du patient, une probable méniscectomie partielle interne et, dans ce contexte, des déchirures tant au niveau des cornes antérieure que postérieure résiduelles (grade III). Petit kyste méniscal infra-centimétrique associé. Aspect d'un remaniement séquellaire probablement en rapport avec une importante distorsion antérieure sans déchirure du collatéral interne. Ostéo-arthropathie avec chondromalacie (grade III) de la facette interne de la rotule de même qu'antérieurement du condyle fémoral interne en regard de la trochlée. Foyer similaire à peine moins marqué (grade II-III) du quart postéro-latéral du plateau tibial interne. Chondromalacie de grade II de la facette latérale de la rotule de même que du compartiment tibio-fémoral externe. Lame d'épanchement dans les limites encore physiologiques sans synovite ni bursite. »

Le 27 janvier 2014, l'assuré a subi une intervention, soit une synovectomie antérieure, résection de la Plica synoviale résiduelle,

ménisectomie interne, ménisectomie externe sélective par voie arthroscopique au genou gauche à la Clinique de [...] effectuée par le Dr Q._____ (cf. protocole opératoire).

Par certificat médical LAA du 11 février 2014, le Dr Q._____ a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 27 janvier 2014, puis à 50% dès le 10 février 2014, la fin du traitement étant prévue en avril-mai 2014. Le Dr Q._____ mentionnait également que sa première consultation avec l'assuré avait eu lieu le 4 novembre 2013.

Le 8 mai 2014, la X._____ a informé l'assuré qu'il avait droit à des indemnités journalières du 27 janvier 2014 au 9 février 2014 à 100% (14 jours à 276 fr. 15) et du 10 février 2014 au 23 février 2014 à 50% (14 jours à 138 fr. 10).

b) Le 5 février 2015, le recourant a écrit un courrier à la X._____ dont le contenu était le suivant :

« Par la présente, je dois vous informer que mon genou n'est pas encore entièrement rétabli. Malgré l'opération, il semble que le ménisque ne tient pas.

J'ai consulté ce matin le Dr Q._____, qui m'a prescrit un IRM afin de connaître la nature du problème et comment le traiter. Cet IRM va être effectué le vendredi 13 février 2015. »

Le 20 février 2015, le Dr Q._____ a établi un rapport médical intermédiaire à l'attention de la X._____ annonçant une récurrence de gonalgies antéro-internes gauches depuis le début du mois de janvier 2015.

Le même jour, le Dr R._____ a transmis au Dr Q._____ un rapport d'arthrographie-IRM du genou gauche dans lequel il se déterminait en ces termes :

« Status post-plusieurs arthroscopies et ménisectomies partielles avec redéchirure (grade III) du ménisque interne résiduel et petit kyste méniscal d'accompagnement. Ménisectomie sélective externe sans redéchirure. Chondromalacie connue tri-compartmentale prédominant sur la facette interne de la rotule. »

Au vu de ces éléments, la X._____ a soumis l'ensemble du dossier à son médecin-conseil, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par avis du 22 mai 2015, le Dr D._____ a fait part de son constat à la X._____. Il a relevé que l'événement de 2013 n'avait probablement pas été approprié pour provoquer les lésions observées lors de l'intervention du 27 janvier 2014, sauf peut-être la péjoration du ou des ménisques avec re-déchirure. Il a précisé que l'évolution en 2015 se faisait vers la poursuite de l'état dégénératif avec aspect de re-déchirures sans événement traumatique. Il a conclu que, bien que le terme de déchirure figurait dans la liste des lésions assimilées selon l'art. 9 al. 2 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), les lésions observées ici étaient avant tout de nature dégénérative ancienne et qu'il était probable que le retour au statu quo sine ait été atteint dix mois après l'intervention de janvier 2014, soit fin 2014.

Par décision du 4 juin 2015, dont copie a été adressée à T._____, assureur-maladie de l'assuré, la X._____ a estimé que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs actuelles de l'assuré et l'événement du 28 octobre 2013 n'était plus admis dès le 31 décembre 2014. Elle a dès lors considéré que l'assuré n'avait plus de droit aux prestations de l'assurance-accidents.

Le 1^{er} juillet 2015, l'assuré a formé opposition à la décision susmentionnée. Il a estimé que l'argumentation de la X._____ quant au statu quo sine était arbitraire et que la décision litigieuse comportait des imprécisions.

Dans ce contexte, la X._____ a mandaté le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une expertise.

Invité par l'expert le 9 octobre 2015 à fournir l'intégralité du bilan et des examens radiologiques en sa possession, le Dr Q._____ n'a pas donné suite à cette demande.

Le 25 novembre 2015, le Dr B._____ a transmis à la X._____ son rapport d'expertise médicale orthopédique du 17 novembre 2015 dans lequel il a posé les diagnostics de chondrocalcinose des deux genoux et d'entorse bénigne du genou gauche avec probable complément de déchirure d'une méniscale de la corne postérieure du ménisque interne gauche. Il a également fait part des constats et appréciations suivants :

« Il s'agit d'un homme de 58 ans en date de l'expertise, [...], originaire d' [...], actuellement double national, en Suisse depuis plus de vingt-cinq ans et travaillant chez I._____ à [...] depuis [...]. Excellent état général, sportif de loisirs, non tabagique.

On relève dans ses antécédents des gonalgies internes droites en 1997 suite à une entorse aboutissant à une méniscectomie interne avec des suites simples et un genou oublié.

Premier épisode de douleurs au genou gauche en 2000, en skiant, mais sans événement traumatique clair. Il consulte le Dr Q._____, chirurgien orthopédiste, et les investigations montrent une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne gauche qui est traitée par une résection sélective arthroscopique en 2000. Les suites sont simples, le genou gauche est décrit comme oublié. Cas pris en charge par la LAMal.

Pratique régulièrement du vélo, un peu de planche à voile, du ski et du snowboard l'hiver.

Le 28 octobre 2013, lors d'un voyage d'affaire en [...], glisse sans chuter sur un sol mouillé et se tord le genou gauche. Gonalgies internes subites avec épanchement. De retour en Suisse rapidement, consulte le Dr Q._____, un bilan radiologique est pratiqué.

Mon interprétation est celle d'un genou présentant de discrets signes dégénératifs sous forme d'un effilement du massif des épines, mais clairement une chondrocalcinose méniscale interne et externe.

Le traitement est conservateur, la symptomatologie perdure et un mois après l'événement, une IRM met en évidence une importante hétérogénéité du tissu méniscal interne et externe, avec une lésion de type Tossi III de la corne postérieure du ménisque interne. Il y a un petit kyste méniscal dans l'échancrure postérieurement, une chondropathie avancée de la face interne de la rotule, plus modérément du condyle interne.

Pas d'amélioration sous traitement conservateur, reprise du sport impossible et trois mois après l'événement le 27 janvier 2014, le Dr Q._____ effectue une méniscectomie interne et externe sélective et synovectomie du genou gauche.

Les suites sont marquées par un genou qui restera relativement longtemps tuméfié et douloureux, empêchant la reprise des activités sportives autre que le vélo à l'été 2014.

Durant l'automne et l'hiver 2014-2015 réapparition des gonalgies internes gauches mécaniques, pour lesquelles en janvier 2015, après la reprise du ski, il reconsulte le Dr Q._____. Une IRM réalisée le 20 février 2015 montre une discrète redéchirure du reliquat du ménisque interne, les mêmes lésions chondrales préexistantes, sans autre nouvelle lésion. Le cas est annoncé à l'assureur LAA en tant que rechute.

Mon interprétation personnelle des deux IRM successives de 2013 et 2015 confirme la présence de lésions chondrales dégénératives avancées de la rotule et du compartiment interne, plus modérément externe. Il n'y a pas dans l'IRM de 2015 de signe pour une complication liée au geste opératoire, telle que nécrose aseptique, algoneurodystrophie, etc.

Lors de mon status, je constate clairement des signes cliniques et radiologiques de gonarthrose interne gauche débutante, mais surtout une chondrocalcinose des deux genoux.

Je rappellerais que la chondrocalcinose est une pathologie inflammatoire acquise, rhumatismale de la synoviale, qui entraîne des douleurs soit aiguës du genou à type d'arthrite aiguë, soit des douleurs chroniques fluctuantes au long court, parfois déclenchées par des traumatismes uniques mineurs ou alors des microtraumatismes prolongés. A long terme apparaît une atteinte cartilagineuse puis une arthrose du genou.

La réapparition des douleurs à l'hiver 2014 est typiquement de cette symptomatologie liée à la chondrocalcinose et non pas à un nouvel événement ou alors à une complication liée aux suites de l'arthroscopie du 27 janvier 2014.

L'arthro-IRM réalisé le 20 février 2015 a confirmé la résection partielle, mais suffisante de la corne postérieure du ménisque interne gauche. Cette résection partielle n'entraîne pas à moyen et long terme de conséquence sur la biomécanique du genou et on peut donc déclarer qu'à la fin de l'année 2014 le cas peut être considéré comme stabilisé et que la symptomatologie persistante est en relation de causalité exclusive avec une pathologie manifestement inflammatoire et dégénérative qu'est la chondrocalcinose. »

Il a répondu ce qui suit à la question de savoir parmi ses constatations lesquelles étaient pour le moins partiellement en relation de causalité probable à hautement probable avec l'accident du 28 octobre 2013 :

« La gonarthrose interne gauche débutante, de même que la chondrocalcinose, sont en relation de causalité hautement probable avec un état antérieur dû à une maladie inflammatoire et dégénérative acquise.

La déchirure de la corne postérieure du ménisque interne gauche qui présente une méniscose partiellement due à la chondrocalcinose est en relation de causalité tout juste probable avec l'événement du 28.10.13.

Concernant la résection méniscale du ménisque externe, si l'on reprend le protocole opératoire il s'agit d'une irrégularité de la zone moyenne du ménisque externe gauche, pathologie extrêmement fréquente que l'on retrouve lors des arthroscopies à partir de la cinquantaine. Il s'agit d'un état que je qualifierais « *pratiquement de physiologique* ». La régularisation de ce bord libre n'a strictement aucune conséquence sur le plan de la biomécanique méniscale externe.

A noter que cette pathologie n'est pas retrouvée sur le bilan par arthro-IRM de 2015.

Vis-à-vis de cette probable lésion partielle du ménisque interne gauche et au vu de son absence de conséquence fonctionnelle à moyen et long terme, je fixerais le statu quo sine à la fin de l'année 2014, le cas étant stable.

Au-delà de cette période, la symptomatologie du genou gauche qui perdure est en relation de causalité exclusive avec un état manifestement dégénératif, induit par la gonarthrose interne débutante dans un contexte de chondrocalcinose généralisée aux deux genoux. »

Par courrier du 17 décembre 2015, l'assuré a informé la X. _____ que le Dr Q. _____ avait bien reçu une copie de l'expertise du Dr B. _____ et qu'il comptait leur écrire pour leur exposer ses commentaires à ce sujet. L'assuré a en outre confirmé maintenir son opposition se rapportant à l'accident du 28 octobre 2013.

Par courrier du 17 décembre 2015, le Dr Q. _____ a fait part à la X. _____ de ses remarques sur l'expertise du Dr B. _____ en ces termes :

« (...).

Les gonalgies gauches apparues début janvier ont été investiguées à la consultation du 5 février 2015. Personnellement, j'estime qu'elles pouvaient parfaitement s'expliquer par une récurrence de la déchirure méniscale interne, par leur localisation, par le fait qu'elles apparaissaient puis disparaissaient, provoquées par l'appui en légère flexion et en rotation avec des sensations de crochage et avec des douleurs nocturnes en changeant de position.

A ce premier examen, je n'avais noté ni épaissement de la capsule synoviale, ni épanchement. La circonférence du genou gauche était même 1.5 cm de moins qu'à droite. L'amplitude des mouvements était meilleure à gauche qu'à droite avec une extension de 12°, une flexion de 150° (6/144 à droite) et un interligne articulaire interne sensible à la palpation surtout à son tiers-moyen.

C'est la raison pour laquelle l'examen a été complété d'un arthro-IRM, pourquoi un arthro-IRM et non un IRM, c'est l'examen de choix après une méniscectomie sélective. Cet arthro-IRM met bien en évidence une déchirure méniscale interne.

Certes, Monsieur F._____ présente une chondromalacie tricompartmentale mais ce n'est certainement pas cette pathologie qui avait justifié la consultation de février 2015, pas davantage, la chondrocalcinose, certes, visible à l'arthroscopie de janvier 2014 mais très localisée et qui se manifesterait par des poussées inflammatoires avec épanchement, ce qui n'est pas le cas ici.

Pour moi, il s'agit bien d'une complication de l'intervention de 27 janvier 2014, de telles complications sont rares mais non exceptionnelles après une résection méniscale, qui doit être (réd: aussi) parcimonieuse que possible afin de ne pas décompenser la chondromalacie fémoro-tibiale interne. »

Par décision sur opposition du 12 janvier 2016, la X._____ a rejeté l'opposition de l'assuré du 1^{er} juillet 2015 et confirmé sa décision du 4 juin 2015. Elle s'est fondée sur l'expertise du Dr B._____, lequel avait conclu à l'absence de tout lien de causalité naturelle entre la problématique présentée par l'assuré et l'entorse bénigne de 2013. L'expert retenait en outre que l'événement de 2013 n'avait, au plus, provoqué qu'une aggravation passagère de l'état antérieur.

Le 10 février 2016, le Dr B._____ a transmis à la X._____ un complément de l'expertise médicale orthopédique du 17 novembre 2015 dont il ressort notamment ce qui suit :

« Je rappellerais que la chondrocalcinose est une maladie rhumatologique, polyarticulaire, maladie généralisée à l'ensemble de l'articulation qui souffre d'une inflammation de la synoviale se manifestant par des douleurs plus ou moins chroniques, accompagnées parfois par des épisodes aigus, se manifestant par une rougeur, chaleur et un épanchement, pouvant simuler la « goutte ». Cette maladie est par ailleurs aussi appelée « pseudo-goutte ».

Entre la chondrocalcinose parfois de découverte fortuite et cette forme de poussée aigue voir suraiguë, il existe des douleurs plus ou moins chroniques, sans gros épanchement, ce qui est le cas chez Monsieur F._____ avec des douleurs aux efforts. Ceci est typique de cette maladie, qui je le rappelle est présente à la fois au genou droit et au genou gauche, comme montré sur le bilan radiologique sous forme d'un schuss lors de l'expertise.

Les chondromalacies avancées post-méniscectomie surviennent en général dans des délais de dix à vingt ans, ce qui n'est pas le cas chez Monsieur F._____, ou alors accompagnées d'un effet inflammatoire massif dans un contexte de chondrolyse, ce qui est effectivement rare, mais ce qui n'est pas présentement le cas chez cet assuré comme le confirme clairement l'arthro-IRM du 20 février 2015.

La persistance de douleurs après arthroscopie est une complication classique de la chondrocalcinose et l'explication d'une complication

rare mais non exceptionnelle après résection méniscale n'est pas défendable sur le plan médical.

En conclusion, je ne rejoins pas l'avis du Dr Q. _____ et maintiens mon avis d'expertise du 25 novembre 2015. »

B. Par acte du 10 février 2016, F. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 12 février 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en lui demandant de statuer comme suit :

- « - que la blessure du 3 janvier 2015 soit reconnue comme suite de l'événement du 28 octobre 2013 ;
- que la X. _____ prenne à sa charge la facture de CID S. _____ du 23 juin 2015, d'un montant de 970 fr. 14 [recte : 970 fr. 15] servant à appuyer son argumentation (et payée par moi-même en l'intervalle), cf. annexe 4 ;
- que les frais du présent recours soient mis à la charge de la X. _____ . »

A l'appui de son acte, il fait principalement valoir que le lien de causalité entre l'accident d'octobre 2013 et la réouverture de la blessure en janvier 2015 existe.

Représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, l'intimée a répondu le 21 avril 2016 concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 12 janvier 2016.

Le recourant n'a pas répliqué.

C. Par courrier du 6 juin 2016, la Juge instructeur a demandé à l'intimée la production du dossier complet de l'assuré ainsi que de plusieurs documents ne figurant pas dans les pièces déjà produites.

Le 22 juin 2016 le conseil du recourant a transmis à la Cour de céans les informations et documents requis et a complété son envoi le 11 juillet 2016 en produisant le dossier complet de l'assuré.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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 (cf. 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, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) In casu, le litige porte sur la question de savoir si, pour les suites de l'accident survenu le 28 octobre 2013, l'intimée reste tenue de

servir ses prestations au-delà du 31 décembre 2014, date à compter de laquelle elle considère que les lésions subies au niveau du genou gauche ne sont plus en relation de causalité avec cet événement accidentel.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2, TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'évènement 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3, 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, 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, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

- 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).

Cette liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b).

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. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références citées, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de l'autorité compétente afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

4. En l'espèce, il est constant que le recourant a été victime d'une distorsion du genou gauche consécutivement à une glissade sur sol mouillé aux [...] dans le cadre d'un déplacement professionnel le 28 octobre 2013. L'intimée a admis la prise en charge des suites de cet événement. Est en revanche litigieuse la relation de causalité entre cet événement et les douleurs au genou gauche présentées par le recourant pour la période postérieure au 31 décembre 2014. Selon l'intimée, le rapport du Dr B. _____ permet de retenir que l'événement du 28 octobre

2013 n'a, au plus, provoqué qu'une aggravation passagère de cet état antérieur dont le statu quo sine a été atteint à la fin de l'année 2014. Au-delà de cette période, l'atteinte au genou gauche dont le recourant se prévaut doit être mise sur le compte d'une maladie dégénérative induite par la gonarthrose interne débutante dans un contexte de chondrocalcinose généralisée aux deux genoux. Au stade du recours, l'assuré fait état pour la première fois d'une blessure datant du 3 janvier 2015 et soutient que son genou a lâché suite à une flexion brusque à la date précitée faisant valoir ce qui suit : « l'accident professionnel d'octobre 2013 et la réouverture de la blessure en janvier 2015 existe bel et bien, c'est le même genou, la même partie du ménisque et une cause similaire, ce qui constitue bel et bien un événement traumatique avec déchirure ». C'est d'ailleurs aussi l'avis du Dr Q._____ (cf. sa lettre adressée à la X._____ en date du 17 décembre 2015, annexe 3) ». L'intimée doit dès lors, selon le recourant, prendre en charge les suites de sa blessure du 3 janvier 2015, notamment une facture d'imagerie du 23 juin 2015 d'un montant de 970 fr. 15.

a) Il ressort du dossier que le recourant a présenté en 2000 des gonalgies internes gauches sur déchirure de la corne postérieure du ménisque interne traitée par méniscectomie interne en 2000, les suites ayant été simples avec reprise de toutes les activités sportives. L'IRM réalisée le 22 novembre 2013 à la suite de l'événement du 28 octobre 2013 a mis en évidence une redéchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec quelques lésions dégénératives et un petit kyste méniscal nécessitant le 27 janvier 2014 une méniscectomie interne et externe arthroscopique avec synovectomie. Le recourant n'a pas pu reprendre le ski et le snowboard durant l'hiver en question, mais a pu pratiquer le vélo à l'été 2014. Il a présenté des gonalgies internes d'effort dès l'hiver 2014-2015 et a consulté le Dr Q._____ en janvier 2015. Une IRM pratiquée au genou gauche le 20 février 2015 a montré une discrète redéchirure du ménisque interne des chondropathies préexistantes.

Dans le cadre de son rapport d'expertise du 25 novembre 2015 et de son complément du 10 février 2016, le Dr B._____ a constaté

que l'arthro-IRM du 20 février 2015 démontrait la résection partielle mais suffisante de la corne postérieure du ménisque interne gauche n'entraînant pas à moyen ou à long terme de conséquence sur la biomécanique du genou. Il a également écarté la possibilité d'un nouvel événement comme avancé par l'intéressé. En effet, selon l'expert, le recourant présente des signes cliniques et radiologiques de gonarthrose interne gauche débutante, mais surtout une chondrocalcinose des deux genoux, soit une pathologie inflammatoire acquise, rhumatismale de la synoviale entraînant des douleurs chroniques fluctuantes au long court, parfois déclenchées par des traumatismes uniques mineurs ou alors des microtraumatismes prolongés avec l'apparition à terme d'une atteinte cartilagineuse, puis une arthrose du genou. L'expert a conclu que le cas était stabilisé à la fin de l'année 2014 et que la symptomatologie persistante était en relation de causalité exclusive avec une pathologie manifestement inflammatoire et dégénérative, à savoir la gonarthrose interne débutante dans un contexte de chondrocalcinose généralisée des deux genoux, raison pour laquelle le Dr B._____ a également écarté tout lien avec un nouvel événement. Le Dr Q._____, médecin orthopédique traitant du recourant, ne peut donc être suivi lorsqu'il affirme le 17 décembre 2015 que les douleurs présentées par le recourant font suite à une complication de l'arthroscopie du 27 janvier 2014. En effet, selon l'expert, le rapport d'arthro-IRM du 20 février 2015 ne met pas en évidence de signe pour « une complication liée au geste opératoire, telle qu'une nécrose aseptique ou une algoneurodystrophie, etc. ». L'expert a en outre ajouté que l'explication d'une « complication rare mais non exceptionnelle » après résection méniscale n'était pas défendable sur le plan médical.

b) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que l'expertise réalisée par le Dr B._____ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur l'étude du dossier médical complet, y compris les documents radiologiques du recourant et tient compte des plaintes de celui-ci. En définitive, il n'existe aucun motif de

s'écarter des conclusions motivées et convaincantes de l'expert, aucun autre rapport médical au dossier ne faisant état d'éléments cliniques ou diagnostics qui n'auraient pas été pris en compte ou discutés par l'expert. En outre, il y a lieu de rappeler que le Dr Q._____ est l'orthopédiste traitant de l'assuré et que son avis doit être admis avec réserve (consid. 3c ci-dessus). On ajoutera que l'expert a expliqué de manière motivée et convaincante dans son complément d'expertise du 10 février 2016 pour quel motif l'avis du Dr Q._____ ne pouvait pas être suivi en exposant de manière détaillée les douleurs typiques de la chondrocalcinose (cf. supra p. 7).

Par conséquent, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs réapparues en janvier 2015 ne peuvent ainsi être rattachées ni à l'événement du 28 octobre 2013, ni à un nouvel événement, ni à une complication de l'arthroscopie du 24 janvier 2014, mais sont d'origine exclusivement dégénérative. Par conséquent, au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b supra), on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer des prestations au-delà du 31 décembre 2014, date à laquelle les troubles présentés par le recourant n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré, le statu quo sine étant atteint à cette période. Dans ce contexte, l'arthrographie-IRM du genou gauche réalisée le 20 février 2015 à la demande du Dr Q._____ (cf. facture du 23 juin 2015 d'un montant de 970 fr. 15) ne saurait être à la charge de la X._____, cette dernière n'étant plus tenue de verser des prestations au-delà du 31 décembre 2014. Au surplus, il y a lieu de rappeler qu'aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, ne sont pris en charge par l'assureur que les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62 ; TF I 1008/06 du 24 avril 2007 consid. 3.1). Or, en l'espèce, l'arthrographie-IRM du genou

gauche réalisée le 20 février 2015 n'avait qu'une indication thérapeutique suite à une récurrence des gonalgies et n'avait pas pour objectif l'instruction du cas, contrairement à ce que soutient le recourant. Par conséquent, la conclusion du recourant tendant au remboursement des frais liés à cette arthrographie-IRM doit être rejetée également sous l'angle de l'art. 45 al. 1 LPGA.

c) C'est donc à juste titre que la décision du 4 juin 2015 confirmée sur opposition le 12 janvier 2016 a mis fin au versement des prestations de l'intimée à la date querellée.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours du 10 février 2016 doit être rejeté.

b) En vertu du droit fédéral, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, ni au recourant, qui succombe (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA), ni à Me Monnard Séchaud pour l'intimée, qui n'y a pas droit comme assureur social (ATF 128 V 323).

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

I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2016 par la X. _____ est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- F. _____, à [...],
- X. _____, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :