

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

B. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 LPGA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recoursant), né en 1980, travaille en qualité d'enseignant de sport auprès de C._____ depuis 2009. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de B._____ SA (ci-après : l'intimée).

Le 12 juin 2015, l'employeur a adressé à B._____ SA une déclaration d'accident LAA, en y indiquant que le 11 mars 2015, à [...], l'assuré avait chuté durant un match de volley. La partie du corps atteinte était le genou gauche, et la lésion décrite comme une « *déchirure.* »

Les premiers soins ont été donnés le 18 mars 2015 par le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, qui a précisé au sujet de l'événement : « *apparition soudaine de douleurs et d'œdème du genou gauche lors d'un match de volleyball.* »

Dans son rapport du 20 mars 2015 au Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie au Centre hospitalier F._____ [...], le Dr D._____ a indiqué que le patient pratiquait le volleyball trois fois par semaine et avait décrit une douleur récurrente au niveau du genou gauche. Il avait présenté un œdème du même genou après une heure de sport, avec sensations de blocage et de lâchage. Le Dr D._____ suspectait une possible atteinte du ménisque interne.

Un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectué le 1^{er} avril 2015. Dans son rapport du lendemain, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une large déchirure de la corne postérieure du ménisque interne associée à un peu d'œdème fémoro-tibial réactionnel. Il a relevé une irrégularité du contour du corps et de la corne antérieure du ménisque. Il n'a pas identifié de lésion méniscale externe. Pour le surplus, le Dr G._____ a mis en lumière une

discrète tendinopathie proximale du tendon rotulien et un épanchement articulaire modéré.

Le 30 avril 2015, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie diagnostique, ainsi qu'à une méniscectomie interne de l'anse de seau luxée. Une incapacité de travail totale a été attestée dès cette date, jusqu'au 10 mai 2015, avec reprise à 50 % le 11 juin 2015.

Dans son rapport du 19 mai 2015 au Dr D._____, le Dr H._____ a posé le diagnostic de déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche.

Selon une notice téléphonique au dossier du 27 août 2015, l'assuré avait vu son arrêt de travail à 50 % prolongé jusqu'à la fin de l'année scolaire, soit le 3 juillet 2015, et avait pu reprendre normalement à la rentrée d'août 2015.

Le 22 décembre 2015, en raison de la persistance de douleur du compartiment interne avec épisode de gonflement du genou gauche, une nouvelle IRM de ce genou a été réalisée. Les Drs I._____, spécialiste en radiologie, et J._____ ont établi les conclusions suivantes :

« Chondropathie de grade II du condyle fémoral médial et chondropathie focale de grade II au niveau du versant médial de la patelle.

On retrouve le status post résection du bord libre du ménisque interne avec status post suture méniscale, sans signe de redéchirure ce jour et sans subluxation.

Epanchement articulaire. »

Dans un rapport du 11 février 2016 au Dr D._____, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que le bilan radiologique montrait un morphotype en varus avec un axe de charge passant entre le milieu du genou et le milieu du compartiment fémoro-tibial interne. Le capital cartilagineux restait conservé. S'agissant de l'IRM, il a identifié une

déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec amincissement du cartilage et un œdème osseux tant sur le versant fémoral que tibial. Le Dr K. _____ a exposé que son patient présentait à la fois une composante de surcharge au niveau du compartiment interne et une composante de douleurs méniscales. Dans sa situation, il y avait lieu de modifier son axe de charge afin d'alléger son compartiment interne par une ostéotomie de type valgisation. Concernant la lésion méniscale, ce spécialiste envisageait la réalisation d'une nouvelle arthroscopie pour régulariser le ménisque. Le Dr K. _____ a toutefois mis en garde le patient quant aux chances de succès de cette intervention étant donné son activité professionnelle. Il a conseillé dans un premier temps la réalisation de supports plantaires permettant une décharge de son compartiment fémoro-tibial interne et la réalisation d'un bilan isocinétique afin d'évaluer notamment sa musculature quadricipitale, encore amyotrophique, ainsi que l'indication à une éventuelle viscosupplémentation, notamment pour la lésion méniscale.

Par rapport du 7 juin 2016 au Dr D. _____, le Dr K. _____ a indiqué avoir rediscuté des possibilités chirurgicales, proposant une intervention en deux temps. La première consistait à réaliser une arthroscopie du genou afin de réviser la corne postérieure du ménisque interne du fait qu'il semblait que cette douleur était au premier plan. Si les douleurs devaient perdurer, notamment au niveau du compartiment interne, se posait alors la question de réaliser une ostéotomie de valgisation.

L'assuré a été opéré le 22 septembre 2016 par le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans le protocole opératoire du 30 septembre 2016, ce médecin a indiqué avoir réalisé sur le genou gauche une arthroscopie diagnostique, un complément de méniscectomie partielle interne, une ostéotomie tibiale de valgisation par ouverture interne, avec ouverture postérieure de 7 mm pour antérieure de 4 mm, stabilisée sur plaque TomoFix tibia proximal médial et un comblement par allogreffe osseuse spongieuse. Il a retenu les diagnostics préopératoires de gonarthrose

fémoro-tibiale interne, caractérisée par des lésions de grade 2, visibles sur la mise au point préopératoire par IRM, de déviation en varus du membre inférieur gauche à 4 °, de status post méniscectomie partielle interne, pour résection d'une anse de seau méniscale au 30 avril 2016, ayant emporté les 50 % centraux du corps et de la corne postérieure du ménisque interne et de persistance d'une déchirure horizontale du mur méniscal restant affectant le corps et la corne postérieure du ménisque interne. Il a également retenu les diagnostics postopératoires de chondropathie de stade II-III affectant les 50 % postérieurs du plateau tibial interne et de stade I affectant le tiers central du condyle fémoral interne, de status post méniscectomie partielle interne, pour résection d'une anse de seau méniscale au 30 avril 2016, ayant emporté les 50 % centraux du corps et de la corne postérieure du ménisque interne et de persistance d'une déchirure du mur méniscal restant, du ménisque interne sous forme d'une délamination horizontale, dans un cadre de résection oblique du corps et de la corne postérieure du ménisque d'une part, et d'autre part de la présence d'une languette méniscale, pédiculée sur la racine de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que d'une déchirure subtotale du ligament croisé antérieur à son origine fémorale, cicatrisée, qui apparaît laxo au contrôle arthroscopique.

A la suite de cette intervention, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 22 septembre 2016 au 8 janvier 2017, avec une reprise à 16 % le 9 janvier 2017 (limitée à l'enseignement de géographie) puis à 100 % dès le 20 mars 2017.

Dans son rapport du 5 octobre 2016 au Dr D._____, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'à la suite de l'opération du 30 avril 2015, le patient avait conservé des douleurs ; un bilan IRM du 22 décembre 2015 avait montré des lésions de chondropathie de stade II au niveau de l'interligne interne. Ce spécialiste a proposé une prise en charge chirurgicale pour méniscectomie partielle et ostéotomie de valgisation. Le Dr N._____ lui avait expliqué que sa symptomatologie douloureuse était probablement attribuée à sa gonarthrose interne débutante plutôt qu'à la

lésion méniscale et qu'une intervention pour résection partielle du ménisque interne apporterait peu de bénéfice en termes de douleur.

A la requête du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté pour examiner l'assuré par B._____, SA, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a effectué une IRM du genou droit. Dans son rapport du 15 mai 2017 au Dr O._____, il a retenu ce qui suit sous la rubrique « conclusion » :

« Genou droit (IRM) : déchirure complexe du ménisque interne (cf. description) et œdème sous-chondral du condyle fémoral interne suggérant une surcharge mécanique sans franc trait de fracture associé.

Chondropathie focalement sévère sur la facette interne de la rotule.

Epanchement articulaire significatif.

Sur les radiographies, signes de chondropathie fémoro-tibiale interne du genou gauche avec status après ostéotomie et ostéosynthèse tibiale sans complication décelable. »

L'assuré a été examiné le 8 mai 2017 par le Dr O._____, qui a rédigé son rapport le 18 mai 2017. Le Dr O._____ a conclu son rapport en ces termes (pp. 7-8) :

« **En conclusion**, Mr A._____ présente une arthropathie dégénérative fémoro-tibiale interne bilatérale, pathologie ayant la même expression (droite/gauche) sur les images radiologiques (standard + IRM). Du côté gauche, elle semble avoir été rendue douloureuse lors d'un effort, encore une fois sans événement traumatique significatif. Les éléments diagnostiques ne permettent pas de mettre en évidence, de manière hautement probable, une lésion structurelle aiguë, émanant de l'événement du 11 mars 2015.

Peut-être que cet événement a servi à péjorer la lésion méniscale, au même titre que d'autres événements similaires durant le cursus sportif du patient.

Peut-être que cette supputée péjoration fut un peu plus importante que d'habitude, permettant d'atteindre le seuil minimale de la douleur.

Si B._____ SA confirme sa responsabilité dans la prise en charge de cet événement et de ses suites (y compris de l'arthroscopie), il conviendra de limiter cette responsabilité dans le temps.

En effet, la supputée composante méniscale *aiguë* de la pathologie intéressant le compartiment interne du genou gauche ne peut (ou ne pouvait) rendre compte des plaintes évoluant à distance de

l'arthroscopie. En revanche, la surcharge du compartiment fémoro-tibial interne, due au genu varum constitutionnel, pouvait sans autre expliquer les plaintes, leur quasi-résolution étant appréciée une fois que la surcharge a été réduite ou ôtée (par l'ostéotomie).

Surcharge pour laquelle nous n'avons pas d'argument signifiant sa sensible dégradation suite à l'arthroscopie, ni sur un plan clinique (pas de crochétages, pas d'épanchement à la fin 2015 ou courant 2016), ni radiologique (pas d'accélération du pincement articulaire, pas de majoration de l'œdème réactionnel sur l'IRM de décembre 2015).

Pour la seule méniscectomie postéro-interne, en lien avec une supputée péjoration d'une méniscopathie complexe préexistante (qui touche les deux genoux), le délai d'atteinte du status quo ante/sine ne devait pas dépasser 3-6 mois. Dans le cas présent, ce délai pourrait être repoussé à décembre 2015, afin d'inclure l'IRM faite à ce moment, examen qui constitue un élément d'éclaircissement du cas.

Au-delà, il faut considérer que le cursus du genou gauche de Mr A._____ fut (et reste) tributaire de son arthropathie dégénérative, pathologie qui n'a rien d'exceptionnel chez un sportif invétéré, touchant les deux genoux, et de manière similaire.

Durant la 2^{ème} arthroscopie, on a évoqué un status après lésion du LCA, cicatrisée, ligament apparaissant laxé. Pourtant, aucune des deux IRMs n'a montré une perte de substance du LCA. Elles ont tout au plus révélé une certaine hétérogénéité, banale pour une personne sportive (surcharge biomécanique). Le 1^{er} bilan arthroscopique n'a pas mis en évidence une lésion structurelle du LCA. Enfin, le bilan clinique ne fait ressortir aucun stigmate d'une telle insuffisance. En d'autres termes, nous n'avons aucun argument probant impliquant l'événement qui nous concerne dans le cursus du LCA du genou gauche. »

Par décision du 25 août 2017, B._____ SA a mis fin à ses prestations au 11 septembre 2015, sous réserve de l'examen par IRM réalisé le 22 décembre 2015, pris en charge au titre de frais d'investigations. Suivant l'avis de son médecin-conseil, le Dr O._____, elle a considéré que la relation de causalité entre les lésions au genou gauche et l'accident du 11 mars 2015 ne pouvait être admise que jusqu'au 11 septembre 2015. Après cette date, les troubles au genou gauche résultaient d'une affection malade.

L'assuré a présenté une nouvelle incapacité de travail totale du 21 septembre au 15 octobre 2017 en raison d'un accident selon un certificat médical du 21 septembre 2017 émanant du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier F._____.

Le 25 septembre 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 25 août 2017, en faisant valoir que selon le rapport opératoire du Dr H. _____ du 30 avril 2015, le plateau et le condyle fémoral étaient intègres, ce qui signifiait que le genou ne présentait pas de lésion interne du cartilage ; le cartilage intègre signifiait qu'il ne présentait pas de chondropathie. En outre selon le rapport d'IRM du 1^{er} avril 2015, le genou gauche présentait une déchirure complexe, et non pas de l'arthrose. Or, comme selon l'IRM du 22 décembre 2015, il y avait apparition d'une chondropathie fémorale interne et patellaire de grade II, il était « clair et limpide » que l'apparition de l'arthrose était bien survenue après le geste chirurgical.

A la suite de l'opposition, le dossier de l'assuré a été à nouveau soumis au Dr O. _____, qui a établi un rapport complémentaire le 7 décembre 2017. Il y a exposé ce qui suit :

« (...)

Le fait de décrire l'absence de lésion de surface du cartilage, à la simple inspection arthroscopique, n'implique pas que ce dernier a une épaisseur normale.

Dans le cas de A. _____, la revue en détail de l'IRM du **1^{er} avril 2015** laisse clairement suspecter un début d'usure du compartiment interne du genou, essentiellement du cartilage du plateau tibial. Cette usure fut à nouveau suspectée sur **l'IRM de décembre 2015**.

L'usure (perte de hauteur) fut confirmée sur la radiographie de **Schuss du 19 juillet 2016**, cliché qui a permis en réalité d'apprécier une atteinte bilatérale (des deux genoux), au même stade évolutif.

Cette atteinte du compartiment interne des deux genoux persiste sur les radiographies du **15 mai 2017**. Enfin, l'IRM comparative du genou controlatéral, du même jour, révèle les mêmes lésions que celles qui existaient sur la première IRM du genou gauche (1^{er} avril 2015), entre autre la suspicion d'une usure du cartilage avec des signes d'une surcharge sous-chondrale adjacente et la déchirure méniscale.

En d'autres termes, le scénario qui découle de ce cas correspond classiquement à celui d'une arthropathie dégénérative en cours, en l'occurrence bilatérale. L'implication de l'événement qui nous concerne (du 11 mars 2015) a été abondamment analysée dans mon précédent rapport.

Cette implication fut limitée dans le temps, ne laissant pas d'indice suggérant une rapide dégradation de la gonarthrose interne droite suite à l'événement incriminé.

En d'autres termes, les arguments apportés par A._____, dans son courrier du 25 septembre 2017, ne modifient pas mon argumentation du 18 mai 2017. »

Par décision sur opposition du 1^{er} mars 2018, B._____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 25 août 2017.

B. Par acte daté du 28 mars 2018, reçu le 3 avril 2018, A._____ a recouru contre la décision sur opposition du 1^{er} mars 2018 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à la prise en charge des suites de l'évènement du 11 mars 2015 au-delà du 11 septembre 2015. En substance, il conteste les conclusions du Dr O._____. Il fait valoir que la gonarthrose est survenue après la méniscectomie et n'était pas préexistante. Il se fonde d'une part sur le rapport d'IRM du 1^{er} avril 2015, qui ne fait pas état de lésion cartilagineuse, mais uniquement d'une déchirure méniscale, ainsi que d'un œdème fémoro-tibial réactionnel, et d'autre part, sur le protocole opératoire du 30 avril 2015 du Dr H._____, qui fait uniquement référence à une lésion méniscale interne et signale l'absence de lésion cartilagineuse.

Dans sa réponse du 8 juin 2018, B._____ SA a conclu au rejet du recours. Elle a produit un nouveau rapport du Dr O._____, du 5 juin 2018, qui a notamment relevé ce qui suit :

« Une arthrose stade II ne survient pas en quelques semaines, ni même en quelques mois. L'arthrose est un processus lent, sur plusieurs années, dépendante de nombreux facteurs, qu'ils soient génétiques (élément qui peut expliquer la survenue d'une arthrose à un jeune âge, parfois avant l'âge de 30 ans), en lien avec un surmenage (en particulier chez les personnes sportives), plus rarement des troubles systémiques/pathologies articulaires inflammatoires.

Dans le cas de A._____, on a la preuve de la pertinence de la radiographie de Schuss, alors que l'IRM montre peu d'usure cartilagineuse, lorsqu'on examine le genou *droit* ! Le schuss est (et était déjà en 2016) clairement pathologique. L'IRM, faite de surcroît en position d'extension du genou, genou en décharge, n'est pas en

mesure de confirmer cet état de faits, c'est-à-dire l'usure du compartiment interne, mais révèle uniquement une surcharge biomécanique chronique (œdème médullaire).

En d'autres termes, nous avons des stigmates radiologiques faisant suspecter (avec haute vraisemblance) une surcharge chronique du genou gauche avant l'événement qui nous concerne. Nous avons également la preuve d'une évolution dégénérative similaire des deux genoux, évolution qui n'a rien d'exceptionnel chez une personne sportive, traversant la quatrième décennie, celle où l'essentiel des troubles dégénératifs débutent, très probablement catalysés dans le cas présent par la surcharge sportive.

L'état antérieur est indiscutable du côté droit. Il est fortement suspecté du côté gauche, l'aspect évolutif similaire des atteintes (droite/gauche) ramenant cette probabilité à un niveau très élevé.

En d'autres termes, les arguments de A. _____ ne modifient en rien mes conclusions précédentes. »

Le 14 juin 2018, la Cour des assurances sociales a transmis au recourant la réponse de B. _____ SA avec un délai de réplique au 13 juillet 2018.

Le 15 octobre 2018, le recourant a été informé que le dossier de la cause, complété le 5 octobre 2018 par l'intimé, se trouvait à disposition pour consultation au greffe.

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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 11 septembre 2015, singulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 11 mars 2015 et les troubles persistants au-delà du 11 septembre 2015.

3. On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré, intervenu le 11 mars 2015 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la

condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

Si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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 en question (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

5. D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. A la suite de l'événement du 11 mars 2015, le recourant allègue avoir présenté des lésions au genou gauche. Selon la description dudit événement du Dr D._____, qui a donné les premiers soins le 18 mars 2015, le patient avait ressenti des douleurs apparues soudainement lors d'un match de volleyball.

Le recourant soutient pour l'essentiel que son atteinte au genou gauche n'est pas de nature dégénérative, et que c'est l'opération du 30 avril 2015 qui a conduit à l'apparition d'arthrose sur cette articulation. Toutefois, force est de constater que les explications du Dr O._____ ne permettent pas de suivre l'argumentation de l'assuré : en effet les deux genoux présentent des atteintes similaires de nature dégénérative. Ce spécialiste explique au demeurant sans être contredit que les IRM des 1^{er} avril et 22 décembre 2015 laissaient suspecter un début d'usure du compartiment interne du genou, essentiellement du

cartilage du plateau tibial. En outre, le fait que le protocole opératoire du Dr H. _____ du 30 avril 2015 indique une absence de lésion de surface du cartilage à l'inspection arthroscopique n'implique pas que ledit cartilage ait une épaisseur normale. La radiographie du 19 juillet 2016, imagerie adéquate s'agissant d'apprécier le stade de l'atteinte articulaire, a de plus montré une gonarthrose bilatérale au même stade évolutif. L'atteinte du compartiment interne des deux genoux persistait du reste sur les radiographies du 15 mai 2017. Quant à l'IRM du 15 mai 2017, elle révélait les mêmes lésions (usure du cartilage avec des signes d'une surcharge sous-chondrale adjacente et déchirure méniscale) que celles qui existaient sur la première IRM du genou gauche le 1^{er} avril 2015. L'implication de l'événement du 11 mars 2015 a été analysée dans le rapport du 8 mai 2017 du Dr O. _____. Pour ce dernier, la composante méniscale aiguë de la pathologie intéressant le compartiment interne du genou gauche ne pouvait pas rendre compte des plaintes du recourant. En revanche, la surcharge du compartiment fémoro-tibial interne, due au *genu varum* constitutionnel, pouvait sans autre expliquer lesdites plaintes.

Il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport d'expertise du Dr O. _____ du 18 mai 2017, complété les 7 décembre 2017 et 5 juin 2018. Ce rapport n'est pas mis en doute par un autre avis médical au dossier, et pose des résultats clairs et dénués de contradiction. Le Dr O. _____ a justifié de manière circonstanciée les conclusions le conduisant à retenir que pour la seule méniscectomie postéro-interne, le délai d'atteinte du *statu quo ante* et du *statu quo sine* ne dépasse pas trois à six mois.

Ce document comporte - conformément à la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. consid. 5 *supra*) - une anamnèse ainsi qu'un status général et orthopédique. Les plaintes formulées par le recourant y ont été consignées et prises en compte par le médecin-conseil de l'intimée. Dans le cadre de l'établissement de son rapport, le Dr O. _____ a eu accès à toutes les pièces médicales collectées par l'assureur intimé, ainsi qu'au dossier radiologique qu'il a spécialement complété pour l'expertise. Les éléments

objectivement constatés ont permis d'établir le caractère dégénératif des atteintes que présente le recourant. Le Dr O. _____ a expliqué les motifs le conduisant à nier que les lésions constatées puissent encore être imputées à l'événement du 11 mars 2015 et il y a dès lors lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr O. _____ du 18 mai 2017, ainsi qu'à ses compléments des 7 décembre 2017 et 5 juin 2018.

Quant au Dr N. _____, consulté par le recourant, il a bien expliqué dans son rapport du 5 octobre 2016 au Dr D. _____ que la symptomatologie du recourant était liée principalement à sa gonarthrose interne débutante plutôt qu'à la lésion méniscale.

Ainsi, le Dr O. _____ ne s'est pas contenté de formuler des hypothèses, mais a bien exposé que le scénario découlant du cas de l'assuré correspond classiquement à celui d'une arthropathie dégénérative en cours, en l'occurrence bilatérale.

Le recourant fait grief au Dr O. _____ d'avoir indiqué dans son rapport que son genou droit était indolore, alors que tel n'était selon lui pas le cas puisqu'il venait de subir, le 28 avril 2017, une chute sur ce genou. Il en veut pour preuve la déclaration LAA produite avec son recours et relative à cet événement. Dans la mesure où c'est le genou gauche qui fait l'objet de la présente procédure, cette seule imprécision n'est pas propre à remettre en cause le rapport du Dr O. _____.

De même, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir repris dans sa décision les constatations du Dr O. _____ selon lesquelles « *l'arthropathie dégénérative fémoro-tibiale interne bilatérale (...) semblait avoir été rendue douloureuse lors d'un effort* » sans événement traumatique significatif ». Or, force est d'admettre avec l'intimée qu'il n'y a aucune information relative à la chute qui serait survenue le 11 mars 2015. Le Dr D. _____, qui a dispensé les premiers soins, a uniquement fait état d'une apparition soudaine de douleurs et d'œdème du genou gauche lors d'un match de volleyball. Le 20 mars 2015, le Dr D. _____ a

indiqué que le patient, qui pratiquait le volleyball trois fois par semaine, avait décrit une douleur récurrente au niveau du genou gauche et présenté un œdème du même genou après une heure de sport, avec sensations de blocage et de lâchage. Ainsi le Dr D. _____ n'a pas mentionné de chute. Quoiqu'il en soit, le Dr O. _____ a bien fait état d'une chute dans son rapport du 18 mai 2017 (p. 2) ; l'assuré a toutefois déclaré au Dr O. _____ ce qui suit :

« **Déclaration du jour** : déplacement latéral, se préparant à réaliser un bloc. Lors dudit déplacement, sans événement particulier, sensation d'un craquement douloureux du genou gauche. Arrêt du match. Application de glace.

Enflure le lendemain. A pu retourner à l'école et ménager son genou. »

Ainsi les circonstances de l'événement du 11 mars 2015 ne sont pas concordantes. Dans la mesure cependant où l'intimée a admis de prêter, et a reconnu que, le 11 mars 2015, l'assuré avait chuté en jouant au volleyball (cf. point 3, p. 6 de la décision sur opposition du 1^{er} mars 2018), il n'y a pas lieu de remettre en cause qu'un événement accidentel a eu lieu le 11 mars 2015.

On prendra enfin acte que l'assurance intimée, qui a pris en charge les frais médicaux jusqu'au 19 juillet 2016, et l'IRM du 22 décembre 2015 à titre de mesure d'investigation, a déclaré renoncer à en réclamer le remboursement.

Il découle de ce qui précède que c'est sur la base d'une instruction complète que l'intimée a admis de prendre en charge les suites de l'évènement du 11 mars 2015 jusqu'au 11 septembre 2015, sans qu'il ne puisse lui être fait grief d'avoir mis un terme à ses prestations à cette date.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} mars 2018 par B._____ SA est confirmée.

- 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 :

- A. _____ (recourant),
- B. _____ SA (intimée),
- 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 :