

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 mars 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
 Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

M._____, à Lausanne, recourante,

et

V._____, à Berne, intimée,

Art. 6 et 36 LAA ; 4 LPGA

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, a été employée en qualité de graphiste auprès [...] pour une durée déterminée du 6 avril 2017 au 31 décembre 2017. Elle était assurée par V._____ (ci-après : [...] ou l'intimée). Le 3 novembre 2017, elle s'est blessée au genou gauche alors qu'elle jouait au badminton. Le jour même de l'accident, elle a bénéficié des premiers soins par la permanence PMU-Flon à Lausanne. L'assurée a repris le travail le lendemain de l'accident. Son employeur a annoncé l'accident à V._____ le 13 novembre 2017. L'assurée y a décrit le déroulement des faits comme il suit : « Je jouais au badminton. Au moment de frapper le volant, j'étais sur le devant du court et ai voulu aller attraper le volant qui partait derrière moi. Mon genou a fait une torsion et a craqué à ce moment. »

Sur conseil de son médecin traitant le Dr [...], consulté le 22 novembre 2017, elle a subi une IRM le 27 novembre 2017. Dans son rapport du même jour, le Dr [...], radiologue, a conclu à une déchirure complexe de la corne antérieure et postérieure du ménisque interne en anse de seau, avec un minime épanchement intra-articulaire.

Le 29 novembre 2017, M._____ a consulté le Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV.

Dans un questionnaire qui lui a été soumis par V._____, l'assurée a précisé, le 1^{er} décembre 2017, qu'elle s'était laissée tomber au sol suite à la douleur ressentie après le craquement dans son genou.

L'assurée a été opérée le 7 décembre 2017 par le Dr Z._____, chirurgien orthopédiste associé au CHUV. Selon le protocole opératoire, rédigé par ce médecin le 14 décembre 2017, la patiente souffrait d'une déchirure en anse de seau du ménisque interne luxée dans l'échancrure intercondylienne et l'intervention a consisté en une arthroscopie diagnostique, à la suture de la déchirure en anse de seau du

ménisque interne et à une méniscectomie partielle interne a minima à hauteur du 1/3 central de la jonction corps-corne postérieure. A titre de diagnostic post-opératoire, il a indiqué une déchirure en anse de seau du ménisque interne affectant la partie postérieure de la corne antérieure, le corps et la corne postérieure, luxée dans l'échancrure intercondylienne, remaniée (1), une déchirure radiaire du 1/3 central de la jonction corps-corne postérieure (2) et une chondropathie de stade II à III affectant les 50% latéraux du 1/3 central du condyle fémoral interne.

M. _____ a été mise en incapacité de travail du 7 décembre 2017 au 21 janvier 2018.

Mandaté par V. _____ pour se déterminer sur la question du lien de causalité entre l'accident et la lésion constatée, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie et en médecine intensive a, le 1^{er} mars 2018, rendu un rapport sur la base du protocole opératoire et de l'IRM, dans lequel il a retenu que la pathologie complexe du ménisque était imputable, à un degré de vraisemblance prépondérante, à des modifications dégénératives de l'articulation du genou. Il a expliqué son point de vue par le fait que la chondropathie de degré II et III au niveau du condyle fémoral médial et la luxation des parties déchirées entre les condyles fémoraux, constatées par le Dr Z. _____, étaient l'expression d'une maladie existant depuis longtemps, fondée sur une dégénérescence progressive et que, partant, ces constatations pathologiques n'étaient pas imputables à l'événement du 13 novembre 2017. Selon lui, d'un point de vue purement théorique, on se trouvait en présence d'un diagnostic selon l'art. 6 al. 2 let. c LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) qui était, au degré de la vraisemblance prépondérante, imputable à une situation dégénérative à l'articulation du genou.

Le 15 mars 2018, le Dr G. _____ a corrigé sa dernière formulation du 1^{er} mars 2018 en ce sens que le diagnostic était, au degré de la vraisemblance prépondérante, imputable de façon prépondérante à une situation dégénérative de l'articulation du genou.

Par courrier du 21 mars 2018, V._____ a informé l'assurée qu'elle refusait la prise en charge des coûts liés au sinistre du 13 novembre 2017 au motif que les lésions subies étaient imputables de manière prépondérante à une maladie ou à l'usure, comme l'avait retenu le Dr G._____.

Par décision du 27 avril 2018, V._____ a refusé toutes prestations d'assurance au titre de l'assurance-accident obligatoire à la suite de l'événement du 3 novembre 2017 et a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

Le 28 mai 2018, M._____ a fait opposition à la décision précitée, en se référant en particulier à l'avis du Dr Z._____ qui aurait estimé que la lésion était d'origine traumatique et s'apparentait donc à un accident.

Par décision sur opposition du 22 novembre 2018, V._____ a rejeté, sans frais, l'opposition formée par l'assurée et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a considéré en substance que l'événement en question ne constituait pas un accident au sens juridique du terme, ce qui rendait inapplicable l'art. 6 al. 1 LAA, et que la lésion était causée de manière prépondérante par un état dégénératif, rendant également inapplicable l'art. 6 al. 2 LAA. Elle s'est référée à l'avis médical du Dr G._____, qui avait abouti selon elle à des résultats convaincants sur la base de l'ensemble du dossier médical et dont les conclusions motivées conféraient une pleine valeur probante à son rapport.

B. Par acte du 9 janvier 2019, M._____ a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant à sa réforme en ce sens que V._____ prenne en charge les prestations découlant de son accident du 3 novembre 2017, contestant en substance que la déchirure de son

ménisque n'ait pas eu lieu en raison du choc violent et soutenant le fait que malgré le premier descriptif qu'elle avait fait de son accident, il lui paraissait vraisemblable que l'impact de la chute au sol était à l'origine de cette déchirure. A l'appui de son recours, elle a notamment produit les pièces suivantes :

- un courriel du Dr Z. _____ du 30 avril 2018 qui confirme que la lésion en question est de caractère traumatique et « devrait être couverte par l'assurance-accident », tout en précisant qu'il ne pouvait pas l'épauler dans des démarches légales ou judiciaires ;
- un rapport adressé au [...] le 11 novembre 2017 par les Drs Z. _____ et [...], chef de clinique adjoint, dont il ressort que M. _____ avait déjà présenté plusieurs traumatismes du genou gauche lors de la pratique du badminton les quatre dernières années et qu'elle avait toujours récupéré, après quelques semaines, un genou indolore.

Dans sa réponse du 2 mai 2019, V. _____ a conclu au rejet du recours, avec suite de frais éventuels. Elle s'est référée à un nouveau rapport rendu le 18 avril 2019 par le Dr G. _____ sur la base des nouvelles pièces produites par la recourante. Ce médecin a entièrement maintenu son point de vue, relevant que le seul élément nouveau ressortant des documents produits à l'appui du recours était le fait que l'assurée avait déjà subi plusieurs traumatismes au genou gauche avant l'accident en question.

Par courrier du 11 juin 2019, M. _____ a produit le dossier complet du CHUV ainsi que trois déclarations écrites de collègues de travail relatant le déroulement de l'accident du 3 novembre 2017. Dans la rubrique « avis du consultant » du dossier du CHUV produit, la Dre [...], médecin assistante au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a indiqué ce qui suit à la suite de la consultation du 29 novembre 2017 : « Patiente en bonne santé, connue pour douleurs internes du genou sur trauma depuis 4 ans jamais investiguées. Le 3.11.17 au badminton en faisant un mouvement de rot interne de son genou par mouvement du

haut du corps ressent une douleur plus forte au niveau interne de son genou G. [...]. »

Dans ses déterminations du 15 juillet 2019, l'intimée a confirmé son point de vue. Elle s'est référée à une nouvelle appréciation du Dr G. _____ rendue le 5 juillet 2019 sur la base des nouvelles pièces produites, selon laquelle il maintenait entièrement son point de vue avec les précisions suivantes :

La chondropathie de degré II à III au niveau du condyle fémoral médial est déjà décrite dans le cadre de l'examen IRM du 27.11.2017, soit 24 jours après l'événement du 03.11.2017. Ce fait a été confirmé durant l'opération réalisée par le Dr méd. Z. _____ lors de l'arthroscopie du 07.12.2017, soit 34 jours après l'événement du 03.11.2017. Cette chondropathie documentée et donc attestée par technique d'imagerie est, selon le degré de vraisemblance prépondérante, l'expression d'une altération dégénérative du genou gauche et on peut en déduire que, selon le degré de vraisemblance prépondérante, elle ne s'est pas développée dans un délai de trois à cinq semaines maximum. Il faut pour cela une période de développement de plusieurs mois ou années.

La déchirure complexe dans les zones du ménisque interne, telle qu'elle est déjà indiquée dans l'examen IRM du 27.11.2017 (voir illustration suivante), a pu être simplement confirmée pendant l'opération. La modification complexe de la structure au ménisque est, avec la chondropathie mentionnée ci-dessus, selon le degré de vraisemblance prépondérante, l'expression d'une altération dégénérative au genou gauche. Selon le degré de vraisemblance prépondérante, la déchirure complexe n'est pas à imputer à l'événement du 03.11.2017 que l'assurée fait valoir, puisque ce type de déchirure complexe au niveau du ménisque interne ne peut pas se développer dans un délai de 24 jours après l'événement survenu le 03.11.2017. Il faut pour cela une période de développement de plusieurs mois ou années.

Dans ces circonstances, mes prises de position du 01.03.2018, 15.03.2018 et 18.04.2019 doivent être maintenues.

Dans une ultime écriture du 20 août 2019, la recourante a maintenu ses conclusions.

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 (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux le point de savoir si l'intimée, en tant qu'assureur-accidents, doit prendre en charge les suites de l'accident survenu le 3 novembre 2017. Il y a ainsi lieu d'examiner, ci-après, si les conditions de l'art. 6 al. 1 ou al. 2 LAA sont remplies.

3. **a)** Aux termes de 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. Par accident, on entend 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).

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose 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 à 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 pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 30 ad art. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 97 p. 923 s.).

c) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

e) En vertu 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. 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 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 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

4. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles listées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703).

5. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; ATF 130 I 180 consid. 3.2).

b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

6. a) En l'espèce, l'intimée considère non seulement que l'événement survenu le 3 novembre 2017 n'était pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, rendant ainsi inapplicable l'art. 6 al. 1 LAA, mais également que les déchirures du ménisque, faisant certes partie de la liste des lésions citées à l'art. 6 al. 2 LAA, étaient toutefois dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Sur la base de ces

éléments, elle retient qu'elle n'a pas l'obligation d'allouer les prestations requises.

b) Il convient dans un premier temps d'examiner si les conditions légales de l'art. 6 al. 1 LAA sont remplies en l'espèce, en déterminant en particulier si l'événement du 3 novembre 2017 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA et, le cas échéant, si le lien de causalité peut être admis entre cet accident et les lésions constatées. Les conditions de l'art. 6 al. 2 LAA seront examinées uniquement dans l'hypothèse où les conditions d'une prise en charge de l'intimée sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ne seraient pas remplies.

7. a) Il ressort de la déclaration d'accident de l'assurée, de sa déclaration complémentaire et des notes contenues dans son dossier médical (en particulier celles de la Dre [...] du 29 novembre 2017), que celle-ci, en jouant au badminton, a voulu changer de direction en raison d'un volant partant derrière elle et que son genou a subi une torsion et a craqué, sa jambe gauche ne suivant pas le reste de son corps. Le fait qu'elle ait quelque peu modifié son descriptif en procédure de recours, en ce sens qu'il lui paraissait vraisemblable que l'impact de la chute au sol aurait été en réalité à l'origine de cette déchirure, n'a pas à être pris en compte. En effet, selon la jurisprudence, il y a lieu d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, données alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (voir ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Cette question n'est quoi qu'il en soit pas déterminante, puisque dans les deux cas, on se trouve dans le cas de lésions dues à un mouvement du corps vers l'avant interrompu par un mouvement contraire non programmé du haut du corps exécuté par l'intéressée pour rattraper le volant derrière elle, faisant subir une torsion à son genou d'appel sur lequel reposait vraisemblablement une grande partie de son poids et le faisant craquer. Ainsi, tous les éléments constitutifs de l'accident, y compris l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire, doivent être admis, conformément à la jurisprudence citée

plus haut. Contrairement à ce que soutient l'intimée, un mouvement entraînant la torsion d'un genou n'est manifestement pas la conséquence d'un changement de direction ordinaire. Ainsi, les conditions de l'accident sont bel et bien remplies en l'espèce.

b) S'agissant du lien de causalité, le Dr Z._____, même s'il s'est exprimé brièvement dans un courriel du 30 avril 2018, confirme le caractère traumatique de la lésion. Le rapport d'IRM du 27 novembre 2017 ne relève au demeurant aucune anomalie de signal de l'os spongieux, note l'absence de lésion corticale visible et évoque un aspect normal des cartilages aussi bien au niveau des compartiments fémoro-tibial interne et externe que du compartiment rotulien. Certes, lors de l'opération le Dr Z._____ a constaté une chondropathie de degré II à III au niveau du condyle fémoral interne, ainsi qu'une déchirure radiaire du tiers central de la jonction corps corne postérieure, mais il a également confirmé le diagnostic posé avant l'opération à savoir une déchirure en anse de seau du ménisque interne luxée dans l'échancrure intercondylienne.

Pour sa part, le Dr G._____, dans son avis du 1^{er} mars 2018, concentre son appréciation sur les éléments dégénératifs découverts par le Dr Z._____ lors de l'arthroscopie, considérant qu'ils sont l'expression d'une maladie existant depuis longtemps. Il ne soutient toutefois pas que ces déchirures sont exclusivement pathologiques et se limite à relever le caractère complexe de la blessure sans faire de distinction entre les différentes lésions constatées. Son avis doit en outre être examiné avec d'autant plus de prudence qu'il se prononce dans le cadre d'une application de l'art. 6 al. 2 LAA dont la teneur diffère de l'art. 6 al. 1 LAA.

Enfin, le mécanisme de l'accident décrit par la recourante dans sa déclaration, à savoir la torsion de son genou d'appel et le craquement entendu lors de ce mouvement non programmé, semble susceptible de provoquer au moins une partie des lésions constatées. Par ailleurs, le fait que la recourante ait déclaré qu'elle avait déjà subi plusieurs traumatismes dans les quatre précédentes années, que l'épanchement articulaire ait été quasiment absent à la suite de l'accident en question et

que des lésions chondrales soient présentes n'exclut pas pour autant un lien de causalité à tout le moins partiel entre l'accident et les lésions.

Dans ces circonstances, quand bien même on ne peut exclure un état dégénératif préexistant, rien ne permet d'admettre, en l'état, que les différentes lésions constatées résulteraient exclusivement de causes étrangères à l'accident ou que celui-ci n'aurait pas pu les aggraver.

c) En définitive, il s'avère que l'instruction doit être complétée, le dossier ne permettant pas au tribunal de céans de trancher en toute connaissance de cause la question du lien de causalité entre l'accident et les lésions constatées, tel qu'il est défini par l'art. 6 al. 1 LAA. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA qui déterminera en particulier, au degré de la vraisemblance prépondérante, si un lien de causalité – même partiel – existe entre l'accident et les différentes lésions subies et cas échéant la date d'un éventuel *statu quo sine* ou *ante*.

Sur la base de cette instruction complémentaire, il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur la prise en charge éventuelle des coûts liés à l'accident du 3 novembre 2017.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision sur opposition du 22 novembre 2018 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

c) Il ne sera pas alloué de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

**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 22 novembre 2018 est annulée, la cause étant renvoyée à V. _____ pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. _____ (recourante)
- V. _____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :