

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

* * * * *

Cause pendante entre :

D. _____, à U***, recourante,

et

A. _____ **SA**, à Q***, intimée, représentée par son service légal à
Lausanne,

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, a travaillé comme employée de nettoyage à 60 % pour la société E. _____ SA dans le cadre d'un contrat de travail de durée déterminée, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024. Elle était à ce titre assurée contre les accidents professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles auprès d'A. _____ SA (ci-après : A. _____ ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre du 24 juin 2024, l'assurée a glissé sur un sol mouillé et est tombée sur son genou droit alors qu'elle descendait le campus le 20 juin 2024. Elle a présenté une torsion/foulure du genou droit, qui a entraîné une incapacité de travail.

L'IRM réalisée le 26 juin 2024 a montré une gonarthrose du compartiment externe du genou droit, une lésion dégénérative du segment moyen du ménisque externe et une chondropathie de stade II fémoro-patellaire et fémoro-tibiale latérale droite.

L'assurée a pu reprendre son travail à son pourcentage normal le 12 août 2024.

Dans une appréciation du 26 août 2024, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'A. _____, a posé le diagnostic de décompensation sur chute d'une gonarthrose valgissante. Il a estimé que cette atteinte était à plus de 50 % en lien de causalité avec l'accident compte tenu de la chute. Selon lui, l'événement du 20 juin 2024 avait passagèrement aggravé la gonarthrose que l'assurée présentait déjà auparavant, aggravation qui devait durer maximum trois mois. Il a confirmé que l'incapacité de travail attestée était due à l'accident pour l'instant.

Dans un rapport du 16 septembre 2024, le Dr G. _____ a retenu le diagnostic d'entorse du genou droit, sans lésion traumatique visible, à la suite d'une glissade avec chute dans un talus.

Le 23 septembre 2024, en réponse aux questions d'A._____, l'assurée a indiqué qu'elle se déplaçait d'une maison à l'autre, qu'elle avait glissé dans les escaliers entre les deux maisons, lesquels étaient pentus et mouillés, et qu'elle était tombée. Elle a fait savoir que le traitement était terminé depuis le 10 août 2024 et qu'à côté de son emploi, elle était inscrite à 40 % au chômage.

L'assurée s'est à nouveau retrouvée en totale incapacité de travail dès le 27 novembre 2024.

Dans un rapport du 7 janvier 2025, le Dr J._____, médecin praticien, a mentionné que la patiente se plaignait toujours de gonalgies droites, que malgré la physiothérapie, elle n'arrivait pas à monter et descendre les escaliers et que la marche restait douloureuse.

Dans une nouvelle appréciation du 13 janvier 2025, le Dr F._____ a considéré que l'assurée présentait un état antérieur de gonarthrose valgusante que l'événement du 20 juin 2024 avait aggravé de manière passagère, au plus tard jusqu'au 26 novembre 2024, car il n'y avait pas de raison traumatique pouvant expliquer la rechute avec incapacité de travail cinq mois après l'accident, lequel n'avait entraîné qu'une simple contusion chez l'assurée à la suite d'une chute de sa hauteur.

Par décision du 15 janvier 2025, A._____ a mis fin à ses prestations le 26 novembre 2024 au soir. Elle a estimé, sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil, que l'événement du 20 juin 2024 avait entraîné une aggravation passagère et que l'état de santé de l'assurée était parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident depuis le 26 novembre 2024.

Par courrier du 10 février 2025, l'assurée s'est opposée à cette décision par l'intermédiaire de son conseil, K._____. Elle s'est prévaluée de l'existence d'un déni de justice manifeste et d'un diagnostic erroné,

alléguant qu'elle n'avait jamais souffert auparavant d'une gonarthrose. Elle a estimé qu'une expertise était nécessaire.

Par décision sur opposition du 4 mars 2025, A. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 15 janvier 2025. Une version de cette décision caviardée des éléments médicaux a été adressée au représentant de l'assuré, à l'égard duquel aucune libération du secret médical n'avait été faite. A. _____ a relevé que le Dr G. _____ avait posé le diagnostic d'entorse du genou le 20 juin 2024 alors que l'assurée n'avait jamais fait mention d'une torsion de son genou lors de la chute. Ce diagnostic n'était en outre pas étayé médicalement et l'IRM n'avait conclu qu'à des lésions dégénératives, à l'exclusion de toute lésion méniscale traumatique. A. _____ a ainsi retenu, à l'instar du Dr F. _____, que la chute n'avait provoqué qu'une simple contusion. Elle a constaté que l'avis du Dr F. _____ au sujet de la décompensation de la gonarthrose valgissante n'était pas remis en cause par d'autres médecins, relevant en particulier que le Dr J. _____ mentionnait l'existence de gonalgies sans établir de lien de causalité naturelle avec la chute. Elle a rappelé que le seul fait que des symptômes douloureux ne se manifestent qu'après la survenance d'un accident pouvait constituer un indice, mais ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Elle a ainsi écarté l'argument de l'assurée selon lequel son médecin-conseil aurait retenu un diagnostic erroné et confirmé que l'intéressée présentait un état antérieur pathologique au vu des conclusions de l'IRM, qui était sans relation de causalité naturelle avec l'accident de juin 2024. Elle a cité une jurisprudence selon laquelle une contusion n'était pas de nature à causer un dommage important avec des effets à long terme et devait au contraire, selon le cours ordinaire des choses, guérir en quelques semaines, voire quelques mois. Elle a confirmé les conclusions du Dr F. _____ qui fixait un *statu quo sine* au 26 novembre 2024, en relevant qu'il n'existait aucun avis médical contraire au dossier. Elle a estimé que la mise en œuvre d'une expertise n'avait aucune raison d'être au vu des rapports médicaux au dossier, en particulier des conclusions de l'IRM et des avis probants du Dr F. _____, ainsi que de l'absence de toute argumentation médicale contradictoire. Elle a rappelé qu'un assuré ne pouvait pas exiger que son

cas soit examiné par un expert externe à l'administration. Elle s'est finalement défendue d'un déni de justice dans la mesure où elle avait géré le dossier et rendu une décision dans un délai tout à fait raisonnable.

B. D._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 3 avril 2025 (date du timbre postal) signé par K._____, se présentant comme administrateur de « M._____ ». Elle a conclu à la réforme de cette décision sur opposition dans le sens qu'A._____ poursuive le versement de ses prestations au-delà du 26 novembre 2024, respectivement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Elle a fait valoir un déni de justice manifeste, une violation du droit et la constatation inexacte ou incomplète des faits. Elle a exposé qu'elle avait présenté une inflammation du genou et qu'elle n'avait jamais souffert de la pathologie décrite par le médecin-conseil. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise et sollicité la continuation du versement de ses prestations pendant la réalisation de celle-ci. Se référant aux dispositions relatives aux maladies professionnelles, elle a indiqué que les 30 ans pendant lesquels elle avait travaillé comme femme de ménage, avec des positions à genoux ou debout, pouvaient vraisemblablement avoir causé des dégâts irréversibles à sa jambe ou une anomalie. Elle a relevé que la décision attaquée entraînerait des conséquences financières insurmontables pour elle en cas de demande de restitution de prestations déjà payées en sa faveur. Elle a produit des certificats d'incapacité de travail concernant l'été 2024 et les périodes du 27 novembre au 15 décembre 2024 et du 19 au 26 décembre 2024.

Dans sa réponse du 6 mai 2025, A._____ a conclu au rejet du recours. Elle était d'avis que « M._____ » ne devrait pas pouvoir prendre connaissance des éléments médicaux du dossier dès lors qu'il n'y avait pas eu de libération du secret médical à son égard. Elle a renvoyé à l'argumentation de sa décision sur opposition et a précisé qu'aucune prestation n'avait été versée postérieurement au 26 novembre 2024, de sorte qu'aucune demande de remboursement n'avait lieu d'être, d'autant

moins que les assureurs renonçaient à une restitution lorsqu'ils mettaient un terme aux prestations de manière rétroactive.

L'assurée a renoncé à répliquer.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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).

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte les conditions formelles prévues par l'art. 61 let. b LPGA. Il faut toutefois constater que la procuration signée par la recourante en faveur de K._____ n'établit pas clairement le pouvoir de représentation de ce dernier dans le cadre de la présente procédure. Si la recevabilité du recours présente dès lors un doute, il convient de préciser que le recours devrait en tous les cas être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, pour les motifs expliqués ci-après. Le présent arrêt sera par conséquent notifié à la recourante personnellement, compte tenu du doute relatif au pouvoir de représentation de K._____, et ce dernier sera informé par courrier qu'un arrêt a été rendu dans la présente cause.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 26 novembre 2024 en lien avec l'accident du 20 juin 2024.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPG, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

c) 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_315/2023 du 9 janvier 2024 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

d) 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer

des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) 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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, la recourante a subi une chute le 20 juin 2024, lors de laquelle elle s'est blessée au genou droit. Dans son rapport du 16 septembre 2024, le Dr G._____ a retenu le diagnostic d'entorse du genou droit. Dans son rapport du 7 janvier 2025, le Dr J._____ a indiqué que l'assurée avait présenté une torsion du genou droit lors de son accident du 20 juin 2024. De son côté, le Dr F._____ retient que l'assurée a souffert d'une simple contusion sur une chute de sa hauteur. Force est de constater que le dossier ne contient pas de description précise du mécanisme de l'accident. Il n'est dès lors pas clair de savoir si l'assurée a directement chuté sur son genou droit ou si elle s'est tordu le genou droit dans sa chute. Quoi qu'il en soit, cet accident n'a toutefois pas entraîné de lésion traumatique visible, comme l'a relevé le Dr G._____ sur la base de l'IRM réalisée le 26 juin 2024, si bien qu'il s'agit tout au plus d'une entorse de peu de gravité. Ce médecin a d'ailleurs fait état d'une fin de traitement au 15 juillet 2024, ainsi que d'une reprise du travail à cette date déjà.

Cette IRM a en revanche montré un état dégénératif préexistant, sous forme d'une gonarthrose du compartiment externe du genou droit, d'une lésion dégénérative du segment moyen du ménisque externe, ainsi que d'une chondropathie de stade II fémoro-patellaire et fémoro-tibiale latérale droite. Le Dr F._____ retient, sur la base des conclusions de l'IRM, que l'accident a, de manière très probable, entraîné une décompensation de la gonarthrose valgusante présentée par l'assurée. Dans son appréciation du 26 août 2024, il a indiqué qu'il s'agissait d'une aggravation passagère de la gonarthrose préexistante, qui pouvait durer

jusqu'à trois mois. Dans sa seconde prise de position, il a affirmé que le *statu quo ante*, respectivement le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard le 26 novembre 2024, dans la mesure où il n'y avait pas de raison traumatique expliquant une rechute de l'incapacité de travail cinq mois après une simple contusion liée à une chute de sa hauteur. Le seul fait que l'assurée aurait présenté une entorse bénigne au genou droit et non une contusion ne suffit pas à établir un lien de causalité entre l'accident et les troubles persistant au-delà du 26 novembre 2024. Dans son rapport du 7 janvier 2025, le Dr J._____ rattache certes les gonalgies dont souffre l'assurée à l'accident, mais n'explique pas pour quelles raisons la torsion du genou droit dont l'assurée aurait souffert le 20 juin 2024 permettrait d'expliquer les douleurs dont elle se plaignait encore plus de cinq mois plus tard, aux consultations des 29 novembre 2024 et 7 janvier 2025, alors que l'IRM n'avait montré aucune lésion traumatique au genou droit et que l'assurée avait entre-temps pu reprendre son emploi pendant plus de trois mois, du 12 août au 26 novembre 2024. Il ne fait en outre pas mention des troubles dégénératifs mis en évidence par cette IRM ni, *a fortiori*, ne se prononce sur leur interaction dans les troubles présentés par l'assurée. En définitive, le Dr J._____ n'apporte aucun élément médical susceptible d'établir un lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 juin 2024 et la rechute qu'il fait valoir à partir du 27 novembre 2025. Il convient de rappeler à cet égard que la seule apparition de douleurs à la suite d'un accident ne suffit pas à établir un lien de causalité avec celui-ci. Il n'y a dès lors aucun élément qui permet de remettre en cause les conclusions du Dr F._____, selon lesquelles les troubles présentés par l'assurée au-delà du 26 novembre 2024 ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 20 juin 2024.

b) Il convient de préciser qu'il n'est pas ici question de l'existence d'une maladie professionnelle, mais de la prise en charge des suites d'un accident, si bien que les dispositions auxquelles s'est référée la recourante ne s'appliquent pas dans le cadre du présent litige.

c) Dans la mesure où les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause, il n'est pas nécessaire de renvoyer le

dossier à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise, comme requis par la recourante. C'est à juste titre que l'intimée relève que l'assurée n'a produit aucune pièce médicale propre à remettre en question l'appréciation du Dr F. _____ et qu'il n'existe pas de droit à exiger la mise en œuvre d'une expertise externe (ATF 122 V 157 consid. 3).

d) S'agissant du grief de la recourante relatif aux conséquences financières qu'entraînerait une demande de restitution de prestations déjà payées, A. _____ a précisé, dans sa réponse, qu'elle n'avait versé aucune prestation pour la période ultérieure au 26 novembre 2024, si bien qu'aucune demande de remboursement n'allait être effectuée dans les suites du présent litige. Le grief de la recourante est par conséquent sans objet.

e) Au vu de ce qui précède, A. _____ était fondée à mettre fin à ses prestations au 26 novembre 2024 au soir.

6. a) La notion de déni de justice, déduite de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité en ce sens qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 135 I 265 consid. 4.4 ; 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 ; TF 9C_501/2023 du 21 octobre 2024 consid. 4.2 ; TF 9C_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.2).

b) En l'occurrence, on ne saurait reprocher à l'intimée un quelconque retard dans l'instruction du cas, ni d'avoir tardé à statuer sur l'opposition formée par l'assurée. Cette dernière ne motive d'ailleurs nullement le déni de justice qu'elle invoque et il apparaît, comme le relève

l'intimée, que le terme de « déni de justice » n'a probablement pas été choisi adéquatement. Ce grief doit dès lors être écarté.

7. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 4 mars 2025 par A. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- D. _____,
- A. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :