

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante,

et

W. _____, à Lausanne, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], travaillait depuis le 1^{er} avril 2007, à 40 % (dix-huit heures par semaine), en tant que secrétaire médicale pour le compte du Dr C. _____, à [...]. A ce titre, elle était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la W. _____ (ci-après : la W. _____ ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 12 novembre 2018, l'employeur a annoncé un incident survenu le 31 octobre 2018, lors de vacances de l'assurée à l'étranger, décrit en ces termes : « J'ai glissé sur le marbre mouillé à la réception. Je suis tombée sur le genou gauche ». La seule partie du corps atteinte était le genou gauche. Cet événement a causé une incapacité de travail du 9 au 18 novembre 2018.

La W. _____ a pris le cas en charge.

Les premiers soins ont été prodigués le 9 novembre 2018 par la Dre A. _____, médecin à l'Hôpital [...] ([...]) de [...], qui a diagnostiqué une « entorse grade I LLE (ligament latéral externe) genou gauche ». Elle a indiqué que « les calcifications en regard sont probablement anciennes mais ne semblent pas jouer un rôle dans l'atteinte actuelle ». Un traitement conservateur à base d'antalgie a été mis en place (rapport initial du 10 décembre 2018).

Un examen IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou gauche a été réalisé le 13 novembre 2018 par le Dr L. _____, spécialiste en radiologie au [...]. On extrait en particulier ce qui suit de son rapport du même jour :

“Résultat

[...]

Les ligaments croisés sont normaux. Petit épanchement articulaire avec vraisemblable petite synovite réactionnelle notamment en regard du récessus patellaire latéral car il existe d'importants remaniements œdémateux et inflammatoires des tissus mous centrés par une calcification à hydroxyapatite bien vue sur la radiographie de référence, mesurant 13 mm de diamètre, située dans les tissus mous au voisinage immédiat de l'insertion proximale du LLE (petite enthésopathie proximale associée) avec aspect continu mais hétérogène de cette insertion. Il existe une deuxième calcification du même type mesurant 6 mm, située dans la fossette du tendon du poplité, entre l'insertion proximale du LLE et l'insertion du tendon du poplité qui est continue mais aussi hétérogène en faveur d'une nette tendinopathie. La partie distale du biceps fémoral et le tractus ilio-tibial sont normaux mais nette inflammation des tissus mous entre les deux structures et le condyle latéral centrée donc par c[es] deux calcifications. Pas de kyste de Baker. LLI [ligament latéral interne] normal.

Conclusion

Nette inflammation des tissus mous en dehors du condyle latéral, entre le tractus ilio-tibial et la distalité du biceps fémoral qui sont normaux, centrée par deux calcifications à hydroxyapatite au voisinage immédiat de l'insertion proximale du LLE et du tendon du poplité qui est continue mais hétérogène : enthésopathie proximale du LLE et tendinopathie du poplité suite à une atteinte inflammatoire sur calcifications à hydroxyapatite ? Ou plutôt vu le traumatisme récent, rupture proximale non transfixiante de ces deux structures ?”

Le 20 mars 2019, en raison de douleurs récidivantes, l'assurée a consulté le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Rapportant une chute avec contusion sur la face externe du genou gauche, ce médecin a constaté un épanchement important de ce genou avec la disparition des douleurs au niveau du compartiment fémoro-tibial externe environ deux semaines après l'accident. A l'examen, il a été observé des douleurs avec tuméfaction itérative probablement dues à une arthrite inflammatoire. Il a été noté par ailleurs l'absence de lésion méniscale visible sur l'IRM du 13 novembre 2018. Le traitement prescrit consistait en de la physiothérapie.

Un bilan radiologique (clichés du genou gauche face/profil, une incidence en Schuss et une axiale de rotule) du 20 mars 2019 a mis en évidence une légère atteinte dégénérative fémoro-tibiale prédominant en interne avec un léger pincement articulaire à ce niveau, majoré sur l'incidence en Schuss, et une sclérose du plateau tibial interne. Il n'a pas

été observé de calcification pathologique en regard des interlignes articulaires mais une légère atteinte dégénérative fémoro-patellaire prédominant en externe, un épanchement intra-articulaire ainsi que des calcifications à l'insertion patellaire du tendon quadricipital (rapport du 21 mars 2019 du Dr F._____, spécialiste en radiologie).

Dans un premier rapport du 8 mai 2019 à la W._____, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de cet assureur, s'est notamment exprimé comme il suit sur le cas de l'assurée :

"1 Diagnostic(s) ?

1.1 Distorsion - contusion du genou G [gauche]

1.2 Remaniements dégénératifs méniscaux postéro-interne et antéro-externe

1.3 Chondropathie rotulienne sur dysplasie

1.4 Gonarthrose tricompartmentale débutante (Dr H._____)

[...]

3 Existe-t-il des éléments étrangers à l'événement ?

Oui

Si oui, lesquels ?

Deux calcifications latérales externes ainsi que les diagnostics 1.2, 1.3 et 1.4

Arthroscopie Dr G._____ entre 2007 et 2009

4 Les troubles actuels sont-ils en relation de causalité avec l'événement concerné de façon

Seulement possible.

Pour quelles raisons ?

Car quelques semaines après l'accident, elle peut reprendre ses activités avec disparition des douleurs latérales externes

5 En cas d'aggravation d'un état antérieur, à quelle date est atteint le status quo ante/sine ? Pour quelles raisons ?

Fin de causalité fin 2018 + rapport du Dr H._____ 20.03.2019 comme mesure d'investigation. [...]"

Le 10 mai 2019, une IRM du genou gauche de l'assurée a été réalisée par le Professeur K._____, spécialiste en radiologie. Le rapport du même jour de ce spécialiste se termine comme suit :

“CONCLUSION

Au total, status particulièrement excellent de l'ensemble des ménisques avec simplement une hyalinose de la corne postérieure du ménisque médial. Intégrité des ligaments latéraux.

Œdème très atypique de l'insertion du quadricipital sur la rotule.

Discrète hydarthrose.

Surtout, kyste poplité interposé entre le gastrocnémien médial et le semi-membraneux qui, actuellement, est rompu, avec infiltration diffuse des tissus mous sous-cutanés profonds au niveau de l'hypoderme et des fascias adjacents.

Ces aspects sont caractéristiques et expliquent bien entendu le tableau algique présenté.”

Le 18 mai 2019, la Dre R._____, spécialiste en rhumatologie, a adressé à la W._____ un récapitulatif de ses consultations de l'assurée des 21 mars, 9 avril, 7 et 13 mai 2019.

Par rapport du 28 mai 2019, la Dre D._____, chiropraticienne, a fait part d'une péjoration de la situation sous la forme de douleurs récidivantes du genou gauche depuis deux à trois semaines avant sa consultation du 11 février 2019. La recrudescence des douleurs a justifié par la suite une prise en charge de l'assurée par les Drs H._____ et R._____.

Par décision du 5 juin 2019, la W._____ a estimé que le *status quo sine* avait été atteint le 20 mars 2019, les traitements prodigués après cette date étant à la charge de l'assurance-maladie.

A l'appui de son opposition formée les 23 juillet et 3 octobre 2019 à la décision précitée, l'assurée, agissant par le biais de son avocate, a adressé à la W._____ des rapports de consultations des 25 septembre et 3 décembre 2019 du Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Posant les diagnostics de chondropathie fémoro-patellaire et interne avec synovite massive accompagnante fémoro-patellaire, interne et notch, ainsi que de

lésion complexe des cornes postérieure et moyenne du ménisque interne et lésion marginale du ménisque externe du genou gauche, ce chirurgien a effectué, le 19 décembre 2019, une chondroplastie fémoro-patellaire et interne, une synovectomie large, une résection partielle du ménisque externe, une toilette du ménisque externe, et a posé un drain par arthroscopie du genou gauche (protocole opératoire du 19 décembre 2019 du Dr B._____).

Invité à se prononcer sur les éléments recueillis dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr V._____ a, par rapport du 6 février 2020, confirmé son évaluation de la situation en indiquant « qu'une contusion est certes douloureuse mais elle évolue favorablement, même sur un genou déjà atteint comme dans ce cas, au plus tard dans un délai de 4 à 5 mois ».

Par décision sur opposition du 12 février 2020, la W._____ a rejeté l'opposition de l'assurée contre sa décision du 5 juin 2019. Suivant ses investigations médicales, l'assureur-accidents a confirmé le retour au *status quo sine* au jour de la consultation chez le Dr H._____, soit le 20 mars 2019. Au-delà de cette date, les douleurs persistantes au ménisque interne n'étaient plus dues à l'accident, mais résultaient d'importantes atteintes malades préexistantes et qui évoluaient défavorablement.

B. Par acte du 11 mars 2020 (timbre postal), N._____ a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à son annulation et à la prise en charge des suites de l'événement du 31 octobre 2018 au-delà du 20 mars 2019, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à la W._____ pour la mise en œuvre de nouvelles évaluations médicales. En substance, elle a fait valoir que l'appréciation des Drs H._____ et V._____ ne pouvait l'emporter sur l'avis divergent du Dr B._____ de sorte qu'il subsistait des doutes suffisants justifiant une nouvelle évaluation du cas par un médecin orthopédiste. A l'appui de sa cause, la recourante a notamment produit :

- un rapport du 9 mars 2020 rédigé à l'intention de son avocate par le Dr B._____. On extrait ce qui suit de ce rapport :

"[...] Première consultation chez moi le 23.9.2019. La patiente déclare clairement être tombée sur le genou le 31.10.2018 et avoir des gonalgies dès cette date. L'examen clinique est positif pour une atteinte du ménisque interne, il existe également un manque de mobilité et un pilier central avec un tiroir antérieur 1+. Il existe également un épanchement. L'état cutané est empâté.

Sur l'IRM du genou gauche du 13.11.2018, il n'y a pas de notion d'une véritable lésion du ménisque interne, si ce n'est des remaniements mucoïdes intersti[t]iels.

A mon avis, l'IRM du genou gauche pratiqué par [...] le 10.05.2019 met en évidence une chondropathie légère de la rotule, une synovite péri-patellaire ainsi qu'une lésion méniscale interne postérieure. Il n'y a pas de lésion ligamentaire mais une enthésopathie du ligament rotulien. Les radiographies du 9.11.2018 faites au [...] mettent en évidence des calcifications à l'insertion du LLI et LLE. Contrairement à ceci, le rapport du radiologue du 10.5.2019 parle d'une hyalinose dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne.

Ist die Beurteilung von Dr. V._____ richtig, wonach im MRI vom 13.11.2018 und 10.5.2019 am Innen- und Aussenmeniskus kein Riss erkennbar ist ?

L'IRM du 13.11.2018 ne relève pas de lésion méniscale traumatique visible.

L'IRM du 10.5.2019 met en évidence une lésion postérieure du ménisque interne.

Wurde intraoperativ am 19.12.2019 ein Meniskusriss festgestellt ?
Oui.

Wenn ja, wo ?

Selon le rapport opératoire de l'arthroscopie du 19.12.2019 met en évidence un flap libre avec une lésion horizontale profonde de la partie moyenne et postérieure du ménisque interne, cette lésion est réséquée. Le ménisque externe présente des irrégularités et un toilettage est effectué.

Wenn ja, ist dieser mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal auf den Unfall vom 31.10.2018 zurückzuführen ?

Oui. A mon avis cette lésion est due à l'accident du 31.10.2018 puisque l[a] patiente a bien fonctionné avant et surtout la patiente récupère sa fonction articulaire depuis que l'intervention a été effectuée." ;

- un rapport de consultation du 10 avril 2019 aux termes duquel la Dre R._____ a diagnostiqué une gonarthrite gauche, après forte contusion. Elle a mentionné une ponction en mars 2019 avec un liquide

inflammatoire, suivie d'une infiltration de cortisone avec nette amélioration, sans plus ample précision.

Dans sa réponse du 10 avril 2020, la W._____ a conclu au rejet du recours. Elle a estimé avoir, à juste titre, refusé de prendre en charge les troubles du genou gauche au-delà du 20 mars 2019 dès lors que les lésions méniscales n'étaient plus en relation avec l'événement survenu le 31 octobre 2018, mais présentaient un caractère exclusivement maladif ou dégénératif. Elle a produit son dossier dont il ressort une appréciation complémentaire du 6 avril 2020 du Dr V._____ qui a confirmé son évaluation du cas datée du 6 février 2020.

Au terme d'un second échange d'écritures des 19 juin et 11 août 2020, les parties ont maintenu leur position respective. La recourante a contesté le bienfondé de l'appréciation du Dr V._____ en alléguant l'absence de douleur ressentie au ménisque externe du genou gauche dans les suites de l'événement d'octobre 2018.

Le 23 août 2020, la recourante a produit un rapport du 18 août 2020 aux termes duquel le Dr B._____ a indiqué s'être trompé en ce sens que le kyste poplité s'était rompu en août 2019 - et non en août 2018. De son côté, la recourante a rappelé que l'intervention du 19 décembre 2019 n'avait concerné que le toilettage du ménisque externe.

Par déterminations du 18 septembre 2020, la W._____ a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a observé que la lésion du ménisque interne, opérée le 19 décembre 2019, était d'origine dégénérative et que le ménisque externe était guéri à ce moment-là.

Les parties se sont encore déterminées les 13 octobre et 6 novembre 2020 en maintenant leur position respective. De son côté, l'intimée a observé que les remaniements œdémateux invoqués par la recourante n'étaient pas dus à une rupture de kyste mais constituaient des signes d'inflammation dus à l'arthrose.

E n d r o i t :

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, 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 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 de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical) au-delà du 20 mars 2019.

A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement du 31 octobre 2018, puisqu'elle a accepté de prester jusqu'au 20 mars 2019.

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.

Lorsque l'événement est constitutif d'un accident, il convient dès lors d'examiner la cause exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 sv).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; 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 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'espèce, l'intimée considère que le *statu quo sine* est atteint le 20 mars 2019, en se fondant sur les rapports du Dr V. _____ des 8 mai 2019, 6 février et 6 avril 2020 ainsi que sur le rapport du Dr H. _____ du 20 mars 2019.

De son côté, la recourante oppose le rapport du 9 mars 2020 du Dr B. _____ en soutenant que les atteintes persistantes au genou gauche (lésions méniscales) sont en lien de causalité avec l'accident de l'automne 2018 au-delà du 20 mars 2019.

b) En l'occurrence, la chute de la recourante du 31 octobre 2018 s'est traduite par une « entorse grade I LLE (ligament latéral externe) genou gauche » (rapport initial du 10 décembre 2018 de la Dre A. _____). L'IRM du 13 novembre 2018 n'a pas mis en évidence de kyste de Baker, en revanche une rupture du kyste poplité a été constatée en mai 2019. Cette rupture, avec infiltration diffuse des tissus mous sous-cutanés profonds au niveau de l'hypoderme et des fascias adjacents, était à l'origine du tableau algique de l'assurée (rapport du Professeur K. _____ du 10 mai 2019). Consulté le 20 mars 2019, le Dr H. _____ a, quant à lui, constaté un épanchement important au genou gauche ; il a noté la disparition des douleurs environ deux semaines après l'accident, mais aussi la persistance des douleurs avec tuméfaction itérative probablement dues à une arthrite inflammatoire ; il a précisé qu'il n'y avait pas de lésion méniscale visible sur l'IRM du 13 novembre 2018. Un bilan radiologique (clichés du genou gauche face/profil, une incidence en

Schuss et une axiale de rotule) du 20 mars 2019 a conclu à une légère atteinte dégénérative fémoro-patellaire prédominant en externe, un épanchement intra-articulaire et des calcifications à l'insertion patellaire du tendon quadricipital (rapport du 21 mars 2019 du Dr F._____).

Par rapport succinct du 8 mai 2019, s'en référant aux constatations du Dr H._____, le Dr V._____ a fixé le retour au *status quo sine* au jour de la consultation chez son confrère, soit le 20 mars 2019.

De son côté, la Dre D._____ a fait part d'une péjoration de la situation sous la forme de douleurs récidivantes du genou gauche depuis deux à trois semaines avant sa consultation du 11 février 2019 (rapport du 28 mai 2019). Cette évaluation est confirmée par le rapport récapitulatif du 18 mai 2019 de la Dre R._____ et ceux de consultations des 25 septembre et 3 décembre 2019 du Dr B._____. En seconde page de son rapport datant de septembre 2019 (cf. pièce 15 p. 14), cet orthopédiste a certes admis un lien de causalité entre l'accident et les douleurs actuelles sans l'objectiver (cf. consid. 5c infra), mais il a indiqué que l'entorse du genou subie le 31 octobre 2018 avait entraîné une lésion sur le ménisque interne.

Dans son rapport du 6 février 2020, au moment d'apprécier la situation à l'aune des éléments recueillis au dossier, le Dr V._____ a émis les considérations suivantes :

"L'accident a entraîné une contusion sur le ménisque externe. Or, au fil du temps, les douleurs se déplacent vers le ménisque interne."

L'IRM du 13 novembre 2018 montre de nombreuses lésions dégénératives :

- Remaniements mucoïdes interstitiels sans fissure franche du ménisque postéro-interne
- Remaniements interstitiels avec suspicion de fissure horizontale au ménisque externe
- Deux calcifications près de l'insertion proximale du LLE
- Synovite due à l'arthrose
- Tendinite du tendon poplité

De plus, cet IRM montre que le LLE n'est pas déchiré et que l'insertion du tendon du poplité est continue.

Le Dr. V. _____ ne constate sur les IRM du 13 novembre 2018 et du 10 mai 2019, aucune déchirure du ménisque interne ni externe.

Il n'est pas correct de prétendre que l'examen du Dr. H. _____, n'a duré que 5 minutes. Selon sa facture (No [...] du 21.03.2019), l'entretien a duré 40 minutes (consultation 20 minutes, explications 10 minutes, examen orthopédique 10 minutes). Le Dr. H. _____ ne pose pas des diagnostics à la légère. Au contraire, il se base sur son examen clinique ainsi que sur l'examen IRM du 13.11.2018 pour établir ses conclusions dans son rapport du 20 mars 2019.

Le Dr. H. _____ constate en outre, que la situation s'est rapidement améliorée, si bien que l'assurée a pu reprendre de la gymnastique environ deux semaines après l'accident et que les douleurs qu'elle ressentait au niveau du compartiment fémoro-tibial externe se sont totalement amendées.

Le 21 mars 2019, la Dresse R. _____ fait état d'une gonarthrose d'origine X, donc une inflammation. Le 9 avril 2019, elle constate un ménisque externe physiologique, soit normal. Le 7 mai 2019, elle relève pour la première fois la présence d'un œdème atypique sur la partie antérieure du genou (à l'insertion du quadriceps sur la rotule). L'IRM du 13 [recte : 10] mai 2019 confirme la présence de cet œdème sur la partie antérieure du genou. Celui-ci ne peut pas être en relation avec l'accident, vu qu'il est constaté 7 mois après ce dernier et qu'un kyste dégénératif de Baker, en se rompant, cause un œdème. S'il était dû à l'accident, cet œdème aurait été vu sur la première IRM (13 novembre 2018). Les calcifications, déjà présentes sur l'IRM du 13 novembre 2018 ne peuvent pas non plus être dues à l'accident et mettent des mois à se constituer (par cette réaction inflammatoire, le corps essaye de les résorber).

D'autre part, le rapport radiologique du 20 mars 2019 montre un pincement articulaire qui est un signe d'arthrose.

Au surplus, au vu de la faible congruence particulière entre le condyle du fémur et le plateau tibial externe, une méniscectomie externe ne peut pas évoluer favorablement. Les méniscectomies faites par le Dr. G. _____ il y a 10 et 12 ans ont donc influencé l'état du cartilage de façon importante.

Remarques concern[an]t le rapport du Dr. B. _____ :

- Une lésion du ménisque interne n'est pas documentée dans les semaines suivant l'accident. Seul le ménisque externe a été contusionné par l'accident et les douleurs en rapport avec cet accident se sont complètement estompées en deux semaines.
- Le Dr. V. _____ ne constate sur les IRM du 13 novembre 2018 et du 10 mai 2019, aucune déchirure du ménisque interne ou externe
- La synovite est probablement due à l'arthrose
- La tendinopathie à l'insertion du tendon rotulien est un signe de surcharge"

Se basant sur les diverses constatations médicales recueillies au dossier, le Dr V. _____ est le seul à s'être livré à un examen général et détaillé du cas. Il a exposé ainsi qu'en raison de l'œdème atypique sur la partie antérieure du genou (à l'insertion du quadriceps sur la rotule) relevé pour la première fois le 7 mai 2019, les douleurs se sont déplacées sur le ménisque interne comme l'a confirmé l'IRM du genou gauche du 10 mai 2019. A son avis, cette atteinte ne peut pas être en relation avec l'accident, vu qu'elle est constatée sept mois après ce dernier et qu'un kyste dégénératif de Baker, en se rompant, cause un œdème. S'il était dû à l'accident, cet œdème aurait en effet été mis en évidence sur la première IRM du 13 novembre 2018. Quant aux calcifications, déjà présentes sur l'IRM de novembre 2018, elles ne peuvent pas non plus être dues à l'accident car elles mettent des mois à se constituer. D'autre part, le bilan radiologique du 20 mars 2019 a montré un pincement articulaire qui est un signe d'arthrose. De surcroît, au vu de la faible congruence particulière entre le condyle du fémur et le plateau tibial externe, une méniscectomie externe n'a pas évolué favorablement. L'état antérieur du genou résultant de méniscectomies effectuées par le Dr G. _____ entre 2008 et 2009, a donc influencé l'état du cartilage de façon importante. En l'espèce, le Dr V. _____ a estimé « qu'une contusion est certes douloureuse mais elle évolue favorablement, même sur un genou déjà atteint comme dans ce cas, au plus tard dans un délai de 4 à 5 mois ».

c) L'argument mentionné par le Dr B. _____ dans son rapport du 9 mars 2020 selon lequel la lésion horizontale profonde de la partie moyenne et postérieure du ménisque interne est en lien de causalité avec l'accident au motif que la recourante a bien fonctionné avant, n'est pas déterminant. En effet, de jurisprudence constante (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb), le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* ») ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident et les troubles persistants au-delà du 20 mars 2019. Le Dr B. _____ a lui-même confirmé que l'IRM du 13 novembre 2018 n'a pas mis en évidence de lésion méniscale traumatique visible, une lésion postérieure du ménisque interne apparaissant à l'IRM du 10 mai

2019. A cela s'ajoute que ce médecin n'a été consulté qu'en septembre 2019, soit près d'un an après l'événement accidentel, en évoquant une lésion du ménisque interne mais sans être en mesure de constater cette atteinte dans un document médical établi peu après l'accident pour permettre de la relier, au degré de vraisemblance prépondérante requis, à cet événement. Or, comme l'ont relevé les Drs V. _____ et H. _____, l'IRM de novembre 2018 fait état de signes de contusion au compartiment fémoro-tibial externe du genou, atteinte qui est admise comme étant consécutive à l'accident, sans toutefois mettre en évidence de lésion méniscale postéro-interne qui constitue l'atteinte dont a souffert la recourante plusieurs semaines après l'accident du 31 octobre 2018.

Invité à se prononcer sur l'acte de recours et ses annexes, le Dr V. _____ a répondu, le 6 avril 2020, comme suit aux questions de l'intimée :

"1. Peu après l'accident, les douleurs se situaient-elles sur le ménisque externe ou interne ?

1. La première consultation, à l'hôpital de [...] est datée du 9 novembre 2018, donc 9 jours après la chute sur le genou gauche. Il a été remis à la W. _____ 2 rapports médicaux initiaux, l'un parfaitement lisible de la Doctoresse A. _____, qui localise les douleurs au compartiment latéral externe du genou gauche, très probablement au retour d'Egypte, dans la soirée du 9 novembre.

A l'examen IRM, il est bien noté aussi, les conclusions du Docteur L. _____ qui ne sont pas très claires : il est mentionné une inflammation, des tissus mous près du condyle fémoral latéral externe, sans lésion, ni du tractus ilio-tibial, ni du biceps fémoral. Inflammation centrée sur 2 calcifications à l'insertion proximale du ligament latéral externe et du tendon poplité. Le Docteur L. _____ retient les diagnostics d'enthésopathie proximale du ligament latéral externe, de tendinopathie du poplité sans exclure une rupture de ces structures.

Cependant, dans sa description, le Dr L. _____ ne relève absolument pas une déchirure de ces structures. Par contre, il décrit une fissure horizontale, sans être certain qu'il s'agit d'une déchirure, à la partie moyenne et postérieure du ménisque externe. Il décrit aussi des remaniements mucoïdes donc dégénératifs, au ménisque interne, suspecte sur une image une rupture, il n'est pas possible de retenir le diagnostic de déchirure méniscale sur une seule image, il faut noter aussi dans son rapport une chondropathie rotulienne.

2. *Le rapport de consultation du 10 avril 2019 de la Dr R. _____ renseigne-t-il à ce sujet ?*

2. Il ne faut pas non plus négliger le rapport du Dr H. _____, Chirurgien orthopédiste, qui à la suite d[e] son examen du 20 mars 2019, à presque 5 mois du traumatisme, va adresser Mme N. _____ à la Doctoresse R. _____, Rhumatologue.

Le Dr H. _____ rappelle une arthroscopie du genou gauche entre 2007 et 2009 par le Dr G. _____, une probable méniscectomie externe partielle. Ce médecin précise bien qu'après la prise en charge aux urgences de l'hôpital de [...], 9 jours après le traumatisme, l'évolution a été favorable, permettant la reprise de la gymnastique mi-novembre, avec amendement des douleurs au compartiment fémoro-tibial externe.

Le Docteur H. _____ précise bien qu'à l'IRM il y a des signes de contusion au compartiment fémoro-tibial externe du genou. En complément à son examen clinique, il demande des radiographies du genou qui mettent en évidence une atteinte dégénérative fémoro-tibiale surtout interne mais aussi fémoro-patellaire. Les calcifications sont retrouvées. Le Docteur H. _____ va retenir le diagnostic d'arthrite inflammatoire.

A sa consultation la Doctoresse R. _____, Rhumatologue, mentionne que les douleurs étaient latérales mais évidemment sa consultation est datée de plus de 5 mois après l'accident. A cet examen, donc 5 mois plus tard, elle mentionne des douleurs plutôt médiales que latérales et retient le diagnostic de gonarthrite gauche, comme le Docteur H. _____, sans pouvoir préciser davantage sa cause. Elle mentionne aussi une ponction en mars 2019 avec un liquide inflammatoire, sans plus de précision sur cette ponction.

Ponction suivie d'une infiltration de Cortisone, avec amélioration.

Donc pour répondre à la question de Mme [...], aussi bien le Docteur H. _____ que la Doctoresse R. _____ mentionne que les douleurs étaient à la suite de la contusion localisée au compartiment externe du genou.

3. *Que pensez-vous de la lettre du Dr B. _____ datée du 9 mars 2020 ?*

3. Le Docteur B. _____, dans son rapport à Maître [...] du 9 mars 2020, mentionne sa prise en charge depuis le 23 septembre 2019, donc presque une année après l'accident. A cette consultation, le Docteur B. _____ donne des précisions sur l'arthroscopie du Docteur G. _____ du 20 octobre 2008 avec méniscectomies interne et externe partielles, il mentionne aussi le premier traitement auprès de Mme D. _____, Chiropraticienne, avec ondes de choc. Il mentionne aussi un status après rupture d'un kyste poplité en août 2018, donc antérieure de plusieurs mois à l'accident. Un kyste au creux poplité est souvent, à ma connaissance, en rapport avec une lésion méniscale postéro-interne, le liquide synovial s'infiltrant

dans la fissure méniscale pour former le kyste au creux poplité, donc une pathologie antérieure à l'accident. A cet examen, les douleurs au genou étaient surtout internes, avec doute quant aux signes méniscaux internes positifs mais non externes.

Le Docteur B. _____ se réfère à un deuxième examen IRM du 10 mai 2019. A cet examen le Docteur B. _____ mentionne sans plus de précision, une lésion postérieure au ménisque interne et que penser de ce rapport à presque une année de l'accident, la situation est tout autre. Les douleurs sont principalement internes alors qu'elles étaient nettement externes après l'accident. A cette IRM du 10 mai 2019, le Professeur K. _____ décrit bien l'atteinte dégénérative banale de la corne postérieure du ménisque interne sous forme de hyalinose. L'œdème n'est plus au compartiment externe du genou mais à l'insertion du quadriceps, sur la rotule et également à l'insertion du tendon rotulien sur la rotule l'inflammation est donc de localisation tout autre. Il décrit les séquelles du kyste au creux poplité, après rupture avec infiltration liquidienne aux parties molles tout autour, donc postéro-interne. Il ne décrit aucune déchirure méniscale interne.

4.1 *Ce dernier constate une lésion postérieure du ménisque interne sur l'IRM du 10 mai 2019. Partagez-vous son avis ?*

4.1 Comme le Professeur K. _____, je n'avais pas visualisé de déchirure méniscale postéro-interne sur les images IRM.

4.2 *S'il y a une lésion sur le ménisque interne, s'agit-il d'une déchirure ?*

4.2 Il ne s'agit pas d'une déchirure méniscale postéro-interne, sur les images IRM. La lésion que le Docteur B. _____ décrit dans son rapport opératoire du 19 décembre 2019 correspond à une lésion nettement dégénérative : Lésion horizontale méniscale interne, surtout à la jonction de la partie moyenne à postérieure du ménisque interne, avec un petit flap méniscal sur un fond de chondropathie fémoro-tibiale interne stade I - II. Il s'agit certainement d'une lésion dégénérative, du reste aux IRM, le ménisque interne est décrit comme présentant des signes de dégénérescences mucoïdes d'une part et ce ménisque a déjà été opéré par le Docteur G. _____, il y a de nombreuses années, d'autre part.

Les rapports radiologiques montrent certes des lésions méniscales mais, au vu de l'important état antérieur, celles-ci sont clairement dégénératives."

Le Dr V. _____ a motivé son point de vue à l'aune de l'ensemble des rapports figurant au dossier. Il en ressort que la lésion horizontale méniscale interne décrite par le Dr B. _____ lors de l'opération de décembre 2019 n'est pas dans un rapport de causalité probable avec l'événement assuré. Il s'agit certainement d'une lésion

dégénérative sur un genou déjà opéré dans le passé avec un ménisque interne présentant des signes dégénératifs (remaniements mucoïdes interstitiels) aux IRM. Aussi, à l'aune des considérations complémentaires du médecin-conseil de l'intimée - qui est le seul médecin à s'être livré à une analyse particulièrement approfondie du cas en procédant à une appréciation claire de la situation et qui répond en outre à l'avis divergent du Dr B._____ - ainsi qu'en regard de l'âge de la recourante, les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de s'écarter des constatations et conclusions probantes (sur cette notion, cf. consid. 4 supra) des Drs V._____ et H._____ ou de justifier un complément d'instruction.

d) Compte tenu de l'atteinte considérée (distorsion - contusion du ménisque externe du genou gauche), et en l'absence d'argument convaincant du Dr B._____ sur la prétendue nature accidentelle de la lésion méniscale interne postérieurement au 20 mars 2019, il ne peut être fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à ses prestations, sur la base de l'appréciation probante (au sens de la jurisprudence, cf. consid. 4 supra) des Drs V._____ et H._____, en retenant que l'état de santé de la recourante tel qu'il aurait été sans l'accident du 31 octobre 2018 (*statu quo sine*) était atteint le 20 mars 2019, les troubles subsistant au genou gauche après cette date n'étant plus dus à l'accident.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et une nouvelle évaluation de son état de santé par un médecin orthopédiste telle que requise par la recourante doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020], applicable en vertu de l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante 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.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 février 2020 par la W._____ 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 :

- N. _____,
- W. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :