

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

M. _____ **COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à [...] (actuellement
D. _____ **Assurances SA**, à [...]), intimée, représentée par Me Pierre del
Boca, avocat à Lausanne.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. a) F._____ (ci-après : l'assurée), née en 1974, était employée en tant qu'assistante médicale auprès du cabinet des Drs V._____ et I._____, tous deux spécialistes en médecine interne générale, à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de M._____ Compagnie d'assurances SA (ci-après : M._____; actuellement : D._____ Assurances SA).

b) Aux termes d'une déclaration d'accident-bagatelle du 24 février 2006, l'employeur de l'assurée a annoncé à M._____ qu'à l'occasion d'un cours d'éducation canine le 12 février 2006 à 9h30, l'intéressée avait été heurtée par un chien courant à vive allure. Il était précisé qu'elle présentait une contusion au genou gauche.

En date du 24 février 2006, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche a été réalisée par le Dr H._____, radiologue. Dans son rapport du même jour, ce dernier a conclu à un discret épanchement intra-articulaire, avec une plage d'œdème au niveau du bord antérieur du plateau tibial latéral, sans atteinte méniscale.

A teneur d'un certificat médical initial du 27 mars 2006, le Dr V._____ a indiqué que l'assurée avait reçu un chien lancé à toute vitesse sur le genou gauche, provoquant un phénomène en hyper extension. Il a évoqué un épanchement et une contusion du bord du plateau tibial du genou gauche.

Dans un rapport médical intermédiaire du 14 novembre 2006, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de chondrite rétroapatellaire gauche post-traumatique et de status 7 mois après contusion du genou gauche. Il a précisé que l'évolution était difficile, avec des douleurs persistant malgré la physiothérapie.

A la suite d'une IRM du genou gauche réalisée le 16 novembre 2006, les radiologues K._____ et P._____ ont fait part de leurs observations dans un rapport du 17 novembre suivant, aux termes duquel ils n'ont pas relevé de pathologie identifiée mais ont signalé une lame d'épanchement articulaire.

Le 22 novembre 2006, le Dr G._____ a écrit ce qui suit à M._____ :

"La patiente susnommée est suivie à ma consultation. En février 2006, elle est victime d'un accident. Elle est renversée par un chien. Celui-ci heurte violemment son genou gauche. Elle ressent d'importantes douleurs. Dans un premier temps la situation s'améliore puis au bout d'une semaine, elle n'arrive plus à marcher. On fait alors une IRM qui montre une contusion de la partie antérieure de plateau tibial externe. Avec du repos et de la physiothérapie, l'évolution est lentement favorable. Malheureusement depuis 3 mois, elle se plaint à nouveau de gonalgies gauche[s]. Les douleurs sont antéro-internes. Elles sont exacerbées à la marche ou après une position assise prolongée.

Cliniquement, le genou gauche n'est pas tuméfié. Palpation sensible de la facette interne de la rotule. Plica interne douloureuse. Signes de Zwahlen positif[s]. Signe[s] méniscaux négatifs. Douleurs antérieures en hyperflexion. Lachmann négatif. Pas de tiroir antéro-postérieur, ni de battement[s] latéraux. FE/EXT 130/0/0.

Une IRM de contrôle n'a rien montré de particulier au niveau du genou gauche.

Je pense que les douleurs présentées par la patiente sont dues à une plica interne traumatisée secondée à la contusion du genou gauche. J'ai posé l'indication à une résection de la plica par arthroscopie. Je vous demande de bien vouloir prendre en charge l'intervention. [...]"

En date du 1^{er} décembre 2006, l'employeur de l'assurée a rempli une déclaration de sinistre dont il ressortait que l'intéressée avait subi une contusion du plateau tibial ensuite de l'événement du 12 février 2006.

Dans un certificat médical du 4 décembre 2006, le Dr G._____ a posé les diagnostics de plica interne douloureuse post-traumatique au niveau du genou gauche et de status 9 mois après contusion du genou gauche. Il mentionnait notamment qu'une résection de la plica par arthroscopie avait eu lieu le 29 novembre 2006.

M. _____ a confié au Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le soin de réaliser une expertise sur la personne de l'assurée. Après avoir examiné l'intéressée le 15 janvier 2007, ce médecin a fait part de ses conclusions dans un rapport du 23 janvier suivant, dont on extrait ce qui suit :

"[...]

Diagnostic :

- Status environ un an après une contusion du plateau tibial externe du genou gauche.
- Status environ deux mois après résection d'une plica interne au genou gauche.
- Dysplasie rotulienne de type Wiberg II.

4. Les plaintes de la patiente et les troubles constatés sont-ils dus, de façon certaine, probable ou seulement possible, à l'événement du 12.02.2006 ?

J'estime que la relation de causalité est établie entre l'événement du 12.02.2006 et la contusion du plateau tibial externe au genou gauche.

Par contre, je ne peux pas établir ce lien de causalité entre l'événement du 12.02.2006 et la plica interne du genou gauche, décrite comme traumatisée.

La plica est un repli naturel de la poche synoviale, elle est donc extrêmement fréquente. La visualiser au cours d'une arthroscopie ne constitue pas un élément pathologique. Lors d'une exploration arthroscopique, si on ne trouve aucune lésion évidente telle que méniscale, cartilagineuse, ligamentaire ou autre, il est logique de supposer que les douleurs puissent provenir de la plica.

En effet, le repli médio-patellaire (il en existe trois : la plica supérieure, la plica inférieure et la plica interne) peut être, ou devenir, douloureux. Toutefois, la pathogénicité de la plica médio-patellaire est évaluée à moins de 3 % (Revue de chirurgie orthopédique 1985-J.Y. Dupont).

Si le traumatisme du 12.02.2006 a effectivement entraîné une contusion du plateau tibial externe, objectivée sur l'IRM du 24.02.2006, cet examen n'a décrit aucun élément particulier au niveau de la synoviale. Or une plica se présentant comme particulièrement épaissie ou hypertrophique est visible sur une résonance et le radiologue en aurait fait mention. Dans ce type de cas, on pourrait supposer que le traumatisme aurait pu jouer un rôle. Toutefois, cette situation ne se rencontre qu'exceptionnellement et la relation de causalité est toujours discutable.

Dans son rapport opératoire du 29.11.2006, le Dr G. _____ décrit, je cite : "Plica interne ferme se prenant sous la rotule. Résection-égalisation de la plica". Il ne décrit aucun élément particulier de cette structure.

Compte tenu de la rareté de la pathogénicité de la plica et du fait qu'un traumatisme de la plica est exceptionnel, je ne peux établir un rapport de causalité entre les douleurs dues à la plica du genou et l'événement du 12.02.2006. A relever que le fait que les douleurs ont quasi disparu depuis l'intervention du mois de novembre 2006, ne constitue pas une preuve d'une relation de causalité. Ces douleurs peuvent réapparaître d'ici quelques mois sans qu'il y ait de rapport quelconque avec ladite plica.

La symptomatologie douloureuse de genou gauche pourrait avoir une autre étiologie, telle qu'une dysplasie rotulienne responsable d'un syndrome fémoro-patellaire bénin, non traumatique.

5. Pouvez-vous nous dire, pour autant que les suites de l'événement invoqué soient en cause, si des maladies ou des accidents antérieurs ou intercurrents jouent un rôle ?

&

6. Le cas échéant, quels sont ces facteurs et quelle est leur importance (en %) ?

La contusion du plateau tibial externe résultant de l'accident du 12.02.2006 est guérie. En général, pour ce type de traumatisme, la guérison est obtenue après 3 à 4 mois d'évolution.

La symptomatologie douloureuse du genou gauche réapparue au mois de septembre 2006 pourrait refléter un syndrome fémoro-patellaire bénin, non traumatique, sur dysplasie rotulienne. Les douleurs de la plica pourraient entrer dans le cadre d'une pathologie exceptionnelle, mais sans rapport avec le traumatisme incriminé (plica normale à l'arthroscopie).

C'est l'une des possibilités qui est responsable de l'état actuel du genou gauche de Mme F. _____. Aucune d'elles n'est en rapport avec le traumatisme du 12.02.2006.

7. Quel est le traitement médical suivi jusqu'à ce jour ?

Repos et anti-inflammatoires pour la contusion du plateau tibial externe gauche. Résection par voie arthroscopique de la plica interne du genou gauche.

8. Ce traitement ainsi que l'opération envisagé[e] sont-ils adéquats ?

Oui, le traitement de la contusion osseuse du plateau tibial externe du genou gauche est adéquat.

La résection de la plica est trop récente pour pouvoir se prononcer. Il faut attendre l'échéance d'une année avant d'être certain que ladite résection est bénéfique et qu'elle ait fait disparaître toute symptomatologie douloureuse. Encore une fois, l'affection n'est pas en rapport avec la contusion du genou gauche subie le 12.02.2006.

[...]"

c) Par décision du 13 juillet 2007, M. _____ a relevé, se référant à l'expertise du Dr N. _____, qu'il paraissait incontestable (et d'ailleurs incontesté) que le traumatisme subi le 12 février 2006 était à l'origine des premiers troubles de l'assurée et avait justifié le traitement qui s'en était suivi. En revanche, tel n'était pas le cas s'agissant de la plica interne évoquée par le Dr G. _____ dans son courrier du 22 novembre 2006 et réséquée par ce même médecin lors de l'arthroscopie du 29 novembre 2006. Dans ces conditions, l'assurance a signifié à l'assurée qu'elle mettait un terme à ses prestations avec effet au 22 novembre 2006 s'agissant des frais médicaux et de l'incapacité de travail, sous réserve de l'IRM du 16 novembre 2006 dont la prise en charge était acceptée; il était précisé que la suite du traitement postérieurement au 22 novembre 2006 relevait de l'assurance-maladie.

L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 20 juillet 2007. Elle a indiqué que dans la mesure où ses employeurs étaient médecins, elle n'avait dans un premier temps pas eu de prise en charge officielle suite à l'accident du 12 février 2006, que ses symptômes avaient toutefois perduré nonobstant les conseils de ses employeurs et les exercices de physiothérapie effectués à domicile, qu'elle s'était ainsi résolue à consulter un spécialiste à la fin de l'été 2006, et qu'en l'absence de toute amélioration deux mois après le début du traitement auprès du Dr G. _____, ce dernier avait proposé une arthroscopie, laquelle avait permis de soulager les douleurs. Sur le vu de ces éléments, elle a contesté que l'on puisse nier tout lien entre la plica et l'accident. Elle a ajouté qu'une plica rotulienne pouvait être endommagée à la suite d'un choc direct, et a soutenu que tel avait été le cas en l'occurrence dès lors que la tête d'un chien avait tapé en plein dans son genou et qu'avec l'impact celui-ci s'était plié dans l'autre sens. Elle a par ailleurs critiqué le déroulement et les conclusions de l'expertise du Dr N. _____.

d) Par décision sur opposition du 12 novembre 2007, M. _____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 13 juillet 2007, considérant en particulier que l'expertise du Dr N. _____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

B. a) Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 13 décembre 2007 auprès du Tribunal cantonal des assurances (actuellement : la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à la prise en charge par M. _____ des suites de l'accident du 12 février 2006 en particulier pour les traitements liés à la plica interne du genou gauche, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale tendant à déterminer si les troubles - singulièrement la plica - constatés au niveau de son genou gauche sont en relation de causalité avec l'accident du 12 février 2006. Sur le fond, elle conteste l'appréciation du Dr N. _____, critiquant d'une part le déroulement de l'expertise effectuée par ce médecin et se prévalant d'autre part de l'avis divergent du Dr G. _____. A l'appui de ses dires, elle produit notamment un certificat médical établi le 30 novembre 2007 par le Dr G. _____, attestant que la lésion constatée lors de l'arthroscopie du genou gauche (plica traumatisée) est une conséquence directe de l'accident du 12 février 2006.

Par envoi du 5 février 2008, la recourante a produit un compte-rendu établi le 4 février précédent par le Dr G. _____, libellé comme suit :

"Le 12 février 2006 lors d'une cure d'éducation canine, la patiente est heurtée par un chien. Il s'agit d'un choc antérieur au niveau du genou gauche. Elle ressent d'importantes douleurs antérieures. La situation s'améliore dans un premier temps, puis au bout d'une semaine elle n'arrive plus à marcher. On fait alors une IRM qui montre une contusion de la partie antérieure du plateau tibial externe. On lui prescrit du repos et de la physiothérapie. L'évolution s'améliore lentement. Malheureusement, début septembre, sans nouveau traumatisme, les douleurs réapparaissent. Elle m'est alors adressée. Je la vois pour la première fois le 12 septembre 2006. A ce

moment[-]là, les douleurs sont importantes. Elles sont exacerbées à la marche ou après une position assise prolongée.

Cliniquement, le genou n'est pas tuméfié. Palpation sensible de la facette interne de la rotule. Plica interne douloureuse. Le signe de Zwahlen est positif. Il n'y a pas d'appréhension au smiley. Interligne interne indolore. Mac Murray interne douteux. Douleurs antérieures et postérieures en hyperflexion. Lachmann négatif. Pas de tiroir antéro-postérieur, ni de battement[s] latéraux. FE/EXT 130/0/0.

Je suspecte que la patiente souffre d'une plica interne traumatisée douloureuse. Une nouvelle IRM effectuée au cours du mois de novembre 2006 ne montre rien de particulier. Finalement, le 29 novembre 2006, je pratique une arthroscopie avec une résection d'une plica interne. Les suites opératoires sont simples, les douleurs disparaissent...

Actuellement, la patiente n'a plus de douleurs à son genou opéré. Elle est guérie. Pour moi, il y a une corrélation certaine entre l'accident et la plica traumatisée. Je ne vois pas pour quelle raison la section et la résection de la plica auraient amélioré la situation engendrée par l'accident de février 2006. Il n'est pas rare que des patients traumatisent une plica interne.

J'ai d'ailleurs une remarque à faire quant à l'expertise du Dr [N._____], il [c]ite un article de 1985 de M. J.-Y. Dupont où il parlerait de 3% de plica médio-patellaire. Depuis lors, ce même médecin a refait un article cette fois-ci dans les cahiers d'enseignement de la SOFCOT en 1996 (p. 151) où il a retrouvé 25% de plica sur des cadavres. Pratiquant régulièrement des arthroscopies, je trouve régulièrement des plica, elles sont rarement douloureuses. Pour moi, jusqu'à preuve du contraire, il y a une corrélation entre le traumatisme et la lésion trouvée."

Le 21 avril 2008, la recourante a versé au dossier un rapport du 11 avril 2008 émanant du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, faisant état de ce qui suit :

"Le plica médio-patellaire est retrouvé dans 5% à 72% des patients, mais il devient symptomatique dans un petit nombre seulement [...]. Un plica asymptomatique peut devenir symptomatique suite à une lésion sur le genou. Cette lésion peut être soit un traumatisme [...] soit une irritation chronique. Un traumatisme même mineur, comme le fait d'être frappé par un objet léger[,] peut rendre un plica symptomatique [...].

Il est postulé que l'épanchement et l'inflammation de la membrane synoviale liées à la lésion initiale peu[vent] occasionner un œdème du plica, qui produira une réaction fibreuse et entraînera une plus importante tension de celui-ci. Ceci va finalement conduire à un conflit (frottement) du plica contre le condyle interne du fémur ou contre la facette interne de la rotule. Cette irritation peut à son tour produire un épaissement et une plus importante contraction du

plica, qui est devenu alors une bande fibreuse [...]. La survenue de douleurs liées au plica est rare.

Un autre cas de figure similaire est celui de l'hypertrophie synoviale au niveau de sa partie antéro-médiale (ou antéro-interne) survenant suite à un traumatisme [...]. Cette hypertrophie synoviale post-traumatique, est une cicatrice fibreuse de la membrane synoviale qui ressemble à un plica médio-patellaire, mais elle survient au niveau antéro-interne dans des régions anatomiques différentes de celles où se trouvent habituellement les plicas.

Après avoir discuté de généralités, revenons-en au cas de Madame F._____. La structure que le Dr G._____ a réséqué[e] pouvait être soit un plica médio-patellaire, soit une hypertrophie synoviale post-traumatique. Dans la lettre que je lui ai adressée, je penchais plutôt pour cette dernière solution.

Comme le dit le Dr N._____ dans son expertise, le fait que les douleurs du genou gauche de Madame F._____ ont disparu suite à l'intervention ne constitue pas une preuve de causalité. Néanmoins, ce n'est pas parce que la pathogénicité liée au plica est rare qu'elle n'existe pas. En l'occurrence, le choc lié au traumatisme au niveau du genou était suffisamment violent pour occasionner une contusion du plateau tibial externe. Il était donc suffisamment important pour rendre un plica symptomatique ou provoquer la survenue d'une hypertrophie synoviale post-traumatique. Par ailleurs, le Dr N._____ ne parle pas du discret œdème des parties molles pré-patellaires, que le radiologue avait constaté lors de la première IRM faite à [...], le 24 février 2006. S'il y avait un œdème des parties molles autour de la rotule, il y avait certainement un terrain pouvant rendre un plica symptomatique ou provoquer la survenue d'une hypertrophie synoviale post-traumatique. Lors de la première IRM ces structures pouvaient ne pas être visibles, car l'examen a été fait 12 jours après l'accident. Sur la deuxième IRM, ces structures pouvaient ne pas être visibles non plus, car il n'y avait pas d'épanchement."

b) Dans sa réponse du 24 juillet 2008, M._____ a conclu au rejet du recours. Elle relève tout d'abord que la recourante n'a fait qu'alléguer avoir été heurtée par un chien lors d'un cours d'éducation canine le 12 février 2006, mais qu'elle n'a jamais indiqué ni le nom et l'adresse du propriétaire du chien, ni le nom et la race du chien; cela étant, l'intimée requiert la production des pièces suivantes en mains de l'assurée : «*Documents transmettant à M._____ le nom et l'adresse d propriétaire du chien, le nom du chien et sa race*» (pièce requise n° 151), «*Documents concernant le nom et l'adresse du propriétaire du chien, le nom du chien et sa race*», (pièce requise n° 152), «*Formule d'inscription de la recourante au cours d'éducation canine, notamment pour le 12 février 2006*» (pièce requise n° 153). Pour le reste, l'intimée considère que

les rapports médicaux produits par la recourante doivent être écartés au profit du rapport d'expertise du Dr N. _____ du 23 janvier 2007 ainsi que d'un rapport complémentaire établi par ce médecin le 29 février 2008, dont on extrait ce qui suit :

"Je vous prie de vous référer à la page n° 5, au 4^{ème} paragraphe, de mon rapport d'expertise daté du 23.01.2007. Dans ce paragraphe, je précise : "Toutefois, la pathogénicité de la plica médio-patellaire est évaluée à moins de 3 % par le Dr J.-Y. Dupont".

Je ne parle pas du pourcentage de la présence d'une plica dans le genou, mais bien de sa pathogénicité. Les moins de 3 % de plicae cités concernent les plicae ayant une potentialité à créer des troubles dans un genou.

Le Dr G. _____ a raison de mentionner que la plica est un repli qui se voit souvent lors d'une arthroscopie du genou. Certains auteurs mentionnent qu'un genou sur quatre, voire un sur trois, est le siège d'une plica. Pour cette raison, la présence d'une plica ne constitue pas un élément pathologique du genou.

Il est par conséquent important de ne pas confondre le taux de présence d'une plica dans le genou, soit entre 25% et 33 % selon les auteurs, et la relation de la plica dans la genèse des douleurs, soit un taux de moins de 3 %.

- Le 2^{ème} élément concerne le lien de causalité entre l'accident du 12.02.2006 et la plica, que le Dr G. _____ explique par la régression des douleurs persistantes du genou gauche depuis l'excision de la plica.

Le Dr G. _____ déclare : "Pour moi, jusqu'à preuve du contraire, il y a une corrélation entre le traumatisme et la lésion trouvée".

Je rappelle que dans son protocole opératoire, le Dr G. _____ décrit une plica interne ferme, se prenant sous la rotule. Il ne décrit aucun élément particulier/pathologique de cette structure. Dès lors, je ne comprends pas comment on peut parler de lésion dans le cas d'une plica ayant une structure "normale".

Compte tenu que la plica est un repli synovial fréquent dans les genoux, et compte tenu que la plica excisée par le Dr G. _____ ne présentait pas de lésion, j'ai estimé qu'il n'y avait pas de rapport de causalité entre la contusion du genou gauche survenue le 12.02.2006 et la présence de la plica.

Le fait que l'assurée ne souffre plus de douleurs au genou depuis la résection de cette plica ne constitue pas un élément de preuve du lien de causalité vraisemblable entre son existence et la symptomatologie douloureuse déclenchée par l'événement du 12.02.2006."

c) Par réplique du 23 septembre 2008, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions, se prévalant plus particulièrement

des rapports des Drs G._____ et W._____ datés respectivement des 4 février et 11 avril 2008, selon lesquels il existe une corrélation certaine entre l'accident du 12 février 2006 et la plica traumatisée. Elle produit entre autres une note non datée du Dr G._____, dont il ressort que selon le Dr X._____, radiologue, «*on ne voit pas une plica à l'IRM, s'il n'y a pas un épanchement*».

d) Se déterminant le 8 juillet 2009, l'intimée confirme sa position.

C. En date du 2 octobre 2009, M._____ a introduit auprès de la Cour de céans une requête en dénégation de la possession en relation avec les pièces requises n° 151 à 153, relevant que celles-ci n'avaient pas été produites et faisant notamment valoir qu'il y avait des raisons juridiques particulièrement sérieuses et fondées, en l'absence de preuve, de douter de l'existence même de l'événement qui, selon la recourante, avait eu lieu le 12 février 2006.

Par décision incidente du 6 mai 2010, la Cour a rejeté cette requête (AA 145/07 - 53/2010).

Le recours interjeté par M._____ le 11 juin 2010 auprès de la Chambre des recours du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée a été déclaré irrecevable en date du 10 septembre 2010 (446/I).

D. Une audience d'instruction s'est tenue en date du 26 janvier 2011, dans le cadre de laquelle les parties ont été entendues dans leurs explications. A cette occasion, la recourante a en particulier été invitée à produire un décompte aussi précis que possible de ses prétentions.

Par acte du 24 février 2011, la recourante a versé au dossier différentes factures sur la base desquelles elle a indiqué que ses prétentions s'élevaient à 2'628 fr. 30, soit 2'280 fr. 50 pour l'arthroscopie du 29 novembre 2006 et 347 fr. 80 pour 6 consultations chez le Dr G._____ de fin novembre à fin décembre 2006.

L'intimée a pris position le 20 avril 2011, observant notamment qu'il «*n'est pas exact de dire que ça n'est pas le montant de fr. 2'628,30 qui est en jeu, mais la totalité des coûts engendrés par cette affaire*».

E. **a)** Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 24 février 2012, l'expert a notamment fait état de ce qui suit :

"Diagnostics :

Status après contusions rotulienne et du plateau tibial antérieur du genou gauche le 12.02.2006, avec flexum antalgique transitoire et syndrome rotulien, traités avec succès par de la physiothérapie, puis un rinçage arthroscopique du genou le 29.11.2006 (avec résection en passant d'un repli/plica synoviale parapatellaire interne).

Status après traumatisme mineur du genou gauche en 1994, qui a bien évolué après un rinçage arthroscopique le 28.03.1994 (avec geste chirurgical discret en passant au niveau du ménisque interne, dont on ne retrouve plus aucune trace).

Attitude :

Sur la base des éléments objectivables encore à disposition et les déclarations de la patiente, il semble que le premier problème du genou gauche remonte à 1994 avec une lésion du ménisque interne. La nature de cette lésion est peu claire car l'IRM la situe dans sa partie postérieure et l'opérateur dans sa partie antérieure et que le ménisque interne apparaît intact dans les IRM de 2006... Toujours est-il [que] ni le radiologue ni le chirurgien n'[ont] décrit la présence d'une plica synoviale et que l'évolution fut favorable, avec disparition des plaintes pendant une douzaine d'années.

Le 12.02.2006, cette patiente a subi une contusion antérieure de la rotule et du plateau tibial gauche compatible avec l'action vulnérante et confirmée à l'IRM, suivie d'un petit flexum douloureux certainement antalgique du genou pendant plusieurs mois, jusqu'en été 2006.

En automne 2006, des douleurs sont réapparues à la face interne de la rotule gauche, sans aucune lésion anatomique objectivable à l'IRM de novembre 2006. Cet examen ne montrait notamment aucune plica synoviale ni lésion méniscale significative et la disparition de tous les signes de contusion du plateau tibial. L'arthroscopie du 29.11.2006 a confirmé l'absence de lésion cartilagineuse ligamentaire et méniscale et a mis en évidence une plica synoviale rotulienne interne, qui a été réséquée. Comme après la première intervention arthroscopique en 1994, l'évolution fut rapidement favorable, avec une disparition rapide et définitive des plaintes.

Rétrospectivement, il s'agit de définir ce qui a véritablement fait disparaître les plaintes. Était-ce le simple effet de rinçage arthroscopique du genou, dont l'effet antalgique est bien connu ou était-ce le fait de réséquer un repli synovial (manifestement discret vu que non visible à l'IRM) dans le voisinage de la rotule. On se rappellera que déjà en 1994 un simple lavage arthroscopique, associé à un geste chirurgical discret s'est avéré bénéfique.

Dans ce cas de 2006, la présence d'une plica significative n'a jamais pu être objectivée, mais par contre l'action vulnérante et le flexum antalgique post-traumatique du genou suggèrent fortement le développement d'un syndrome rotulien post-traumatique, qui suffit à lui seul pour expliquer les douleurs. D'ailleurs, le Dr G. _____ retenait lui-même dans un rapport médical intermédiaire du 14.11.2006 le diagnostic de "chondrite rétro patellaire gauche post-traumatique". Le traitement d'un syndrome rotulien post-traumatique est en général conservateur mais, dans le cas d'espèce, l'effet rinçage de l'arthroscopie s'est avéré bénéfique, avec disparition des plaintes. Le rôle du geste chirurgical associé au niveau d'un repli synovial me paraît alors tout à fait accessoire, pas plus significatif que celui du geste méniscal de 1994. Le statu quo sine de l'accident du 12.06.2006 a été retrouvé au plus tard 1 an après le traumatisme, soit en février 2007.

REPONSES AUX QUESTIONS :

[...]

3. La plica interne du genou gauche présentée par l'expertisée est-elle en lien de causalité avec l'accident du 12 février 2006 ?

Je partage entièrement l'avis du Dr [N. _____] concernant les plica synoviales en général et celle du cas particulier. J'ai également présenté les IRM au Dr M. _____, FMH en radiologie au [...] à [...]. Les IRM ne montrent aucune plica, épaissement significatif ni cordon fibreux fémoro-patellaire interne, bien que l'appréciation des plica est toujours difficile en l'absence d'épanchement. [Quoi qu'il] en soit, pour les raisons analysées plus haut, il est très peu probable qu'une éventuelle plica (et partant, sa résection) ait influencé significativement l'évolution de ce cas. Il est bien plus probable que les douleurs rotuliennes résiduelles soient liées à un syndrome rotulien post-traumatique, qui a heureusement bien évolué après le rinçage arthroscopique du genou, de sorte que le statu quo sine de cet accident a été retrouvé 1 an plus tard.

4. Dans l'affirmative, indiquer si cette relation de causalité est certaine, probable ou seulement hypothétique.

La relation de causalité de la plica est seulement hypothétique. Par contre, celle du syndrome rotulien post-traumatique est hautement vraisemblable, voire certaine. L'arthroscopie a été faite en raison des douleurs rotuliennes résiduelles post-traumatiques et son effet lavage s'est heureusement avéré efficace."

b) Dans ses déterminations du 11 avril 2012, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise susdite et requiert une contre-expertise, se prévalant des pièces suivantes :

- un rapport du 21 mars 2012 du Dr W._____, mentionnant ce qui suit :

"J'ai lu avec attention l'expertise du Dr S._____, FMH chirurgie orthopédique, que vous m'avez fournie.

Malgré qu'elle semble aller dans le même sens que celle du Dr N._____, FMH chirurgie orthopédique, faite précédemment, je ne suis pas du tout d'accord avec les conclusions de celle-ci et je m'en explique.

Je ne reviendrai pas en détail sur l'anamnèse, mais je relèverai quelques points qui me semblent importants.

En effet, Mme F._____ a subi un accident le 12 février 2006. Tous les critères juridiques sont présents pour affirmer qu'il s'agit d'un événement accidentel. Lors de cet accident, elle a été heurtée violemment par un chien, d'une trentaine de kilos, sur la face antérieure de son genou gauche.

Le 24 février 2006, elle a eu une IRM du genou gauche, qui a montré un foyer d'œdème osseux du bord antérieur du plateau tibial externe, un discret épanchement et un discret œdème des parties molles prépatellaires. Cet œdème osseux est en fait une contusion osseuse consécutive à l'accident.

Le 12 septembre 2006, la patiente consulte le Dr G._____, FMH chirurgie orthopédique, à Morges. Il pose le diagnostic clinique de plica. Une nouvelle IRM[,] effectuée le 16 novembre 2006, ne montre qu'une lame d'épanchement et une rotule de type Wiberg II.

Dans son protocole opératoire du 29 novembre 2006, le Dr G._____ décrit un plica interne ferme se prenant sous la rotule, qu'il va réséquer par arthroscopie. Il n'y a pas de lésions cartilagineuses.

Comme le dit le Dr S._____ dans son expertise, les suites opératoires furent simples et les sensations douloureuses profondes que la patiente avait avant l'opération ont assez rapidement disparu.

J'avais vu cette patiente en 2008 et j'avais donné mon opinion par rapport à ce problème dans ma lettre du 26 février 2008 que je vous remets en annexe.

Afin d'être plus complet dans ma réponse, j'ai effectué une recherche de la littérature sur le sujet et je vous donnerai les éléments qui me semblent importants.

Les plicas sont des replis synoviaux, qui sont des vestiges des septa embryonnaires, présents à l'âge adulte [...]. Ils sont très fréquents, et sont retrouvés dans 20% à 91% des genoux normaux [...]. Ils peuvent devenir symptomatiques après un traumatisme [...]. Certains se souviennent d'ailleurs d'un choc direct sur la face antérieure ou médiale du genou [...]. Les plicas sont habituellement des structures fines, qui peuvent, suite à un traumatisme, devenir fibreux en raison d'une hémorragie localisée, avec une membrane synoviale qui devient plus épaisse et inflammatoire [...]. Quand ils s'épaississent, suite à un traumatisme par exemple, ils peuvent provoquer des symptômes, voire une chondromalacie (lésion cartilagineuse) au niveau de la rotule et/ou des condyles fémoraux [...]. Ils peuvent ne pas être reconnus à l'IRM, s'il n'y a pas d'épanchement ou d'injection de produit de contraste [...]. En cas d'échec du traitement conservateur, l'arthroscopie avec résection est le traitement de choix des plicas [...]. La résection des plicas par arthroscopie conduit habituellement rapidement à la disparition des symptômes [...].

Un article datant de 10 ans, parle d'une hypertrophie synoviale au niveau antéromédial du genou consécutive à un traumatisme [...]. Il ne s'agit pas d'un plica, mais cela revient au même, car il y a une hypertrophie synoviale qui provoque les mêmes symptômes que le plica. Le traitement est d'ailleurs identique.

Je tiens à dire que je suis assez scandalisé par cette histoire qui n'est pas encore réglée et surtout par les arguments des deux experts mandatés qui, à mon avis, ne tiennent pas la route.

Si on résume les choses de façon simple, on peut dire ceci. Mme F. _____ a eu un accident, le 12 février 2006. Il était assez violent pour provoquer une contusion osseuse, vue sur l'IRM du 24 février 2006. Si le choc était suffisamment violent pour provoquer une contusion osseuse, il était suffisant pour avoir provoqué une hypertrophie synoviale [...] ou décompenser un plica préexistant (appelez-le comme vous voulez). Le Dr G. _____ a suspecté cliniquement cette lésion. Vu l'échec du traitement conservateur, il a effectué une arthroscopie. Lors de cet intervention, il a confirmé la présence de ce qu'il a appelé un plica (ou une hypertrophie synoviale) ferme se prenant sous la rotule. Il a d'ailleurs des images pour le prouver! Il a réséqué et régularisé ce plica, et les symptômes ont rapidement disparu. D'ailleurs, elle était asymptomatique lors de l'examen que j'avais effectué en 2008.

Les experts parlent du lavage arthroscopique, mais n'arrivent pas à envisager que la résection du plica (ou l'hypertrophie synoviale) a été le geste qui a permis de traiter la patiente. Tous les spécialistes sont d'accord pour dire que le lavage arthroscopique seul n'amène aucun bénéfice. D'ailleurs, la patiente n'avait aucune autre lésion (notamment au niveau du cartilage). C'est donc bien le plica (ou l'hypertrophie synoviale), décompensé par l'accident, qui est responsable des symptômes. L'intervention arthroscopique a donc permis la guérison. Elle doit donc être prise en charge par l'assureur accident.

[...]"

- un écrit du Dr G._____ du 26 mars 2012, exposant les éléments suivants :

"J'ai bien lu l'expertise du Dr S._____. Elle me laisse très pensif. Il n'y [a] aucun élément objectif, tout est basé sur des supputations. Je conteste surtout le point 4 des questions. Je n'ai jamais fait d'arthroscopie pour des douleurs rotuliennes, c'est inutile. Sinon, on pourrait opérer toutes les jeunes filles qui ont des douleurs antérieures. Dans ces cas, avant l'invention de [l']IRM, lorsqu'on faisait une arthroscopie à « vide », l'évolution était souvent très défavorable. Si le lavage arthroscopique améliorerait la situation des douleurs rotuliennes, ça se saurait. [...]"

Se déterminant le 9 mai 2012, l'intimée relève qu'il n'existe à ce jour aucune preuve matérielle de l'accident du 12 février 2006 et que l'on ne peut dès lors aller plus avant dans l'examen du dossier. Elle estime par ailleurs que les critiques émises par les Drs G._____ et W._____ à l'encontre de l'expertise du Dr S._____ sont sans fondement, requiert la production du courrier du 26 février 2008 évoqué par le Dr W._____ et déclare s'opposer formellement à la mise en œuvre d'une contre-expertise.

Par acte du 22 mai 2012, la recourante maintient sa position et réitère sa requête visant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; cf. art. 117 LPA-VD).

S'agissant plus particulièrement de la valeur litigieuse, on notera que dans son écriture du 24 février 2011 la recourante a indiqué que ses prétentions s'élevaient à 2'628 fr. 30, soit 2'280 fr. 50 pour l'arthroscopie du 29 novembre 2006 et 347 fr. 80 pour 6 consultations chez le Dr G. _____ de fin novembre à fin décembre 2006. Peu importe que, le 20 avril 2011, l'intimée ait fait valoir qu'il *«n'[était] pas exact de dire que ça n'[était] pas le montant de fr. 2'628,30 qui [était] en jeu, mais la totalité des coûts engendrés par cette affaire»*. En effet, pour autant que l'intimée ait ainsi cherché à contester le montant des prétentions de l'assurée, il reste qu'elle s'est limitée à des allégations vagues et ambiguës, qui ne sauraient être tenues pour pertinentes par la Cour de céans. Cela étant, on retiendra que la valeur litigieuse, de 2'628 fr. 30, est en l'occurrence inférieure à 30'000 fr. et que la présente cause relève par conséquent de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1; cf. également TF 8C_245/2010 du 9 février

2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 22 novembre 2006.

Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'intimée a par ailleurs contesté l'existence même de l'événement accidentel du 12 février 2006, ainsi qu'il ressort en particulier de sa réponse du 24 juillet 2008 et de son écriture du 9 mai 2012. Or, durant la procédure administrative, l'assurance n'a jamais émis le moindre doute à cet égard. Elle a même écrit, aux termes de sa décision du 13 juillet 2007, qu'il *«para[issait] incontestable (et d'ailleurs incontesté) que le traumatisme subi le 12.02.2006 était à l'origine des premiers troubles»* dont l'assurée avait souffert et que ce traumatisme *«a[vait] justifié le traitement qui s'en [était] suivi, dont les frais [avaient] été assumés par [la] Compagnie dans le cadre de ses obligations légales et contractuelles»* (cf. décision du 13 juillet 2007 p. 1). Rien dans la décision sur opposition du 12 novembre 2007 ne tend non plus à mettre en cause l'existence de l'accident en question. Or, cette dernière décision a eu pour vocation de déterminer l'objet de la contestation pouvant être déféré en justice par voie de recours (cf. consid. 2a supra). Il suit de là que l'intimée n'avait plus la faculté de contester l'existence même de l'événement du 12 février 2006 au stade de la réponse au recours – sauf à procéder à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 3 LPGA, hypothèse non réalisée en l'occurrence puisque l'assurance s'est limitée dans sa réponse à réfuter un élément précédemment admis, sans pour autant prononcer une nouvelle décision pendente lite – ni, a fortiori, à l'occasion de ses déterminations du 9 mai 2012. Pour les mêmes motifs, en tant que les pièces n° 151 à 153 requises par l'intimée concernaient précisément la preuve de la survenue de

l'accident en question (cf. réponse du 24 juillet 2008), c'est de manière infondée que l'intimée a sollicité leur production.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées; cf. TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1; cf. TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (cf. TF

8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.3 et 129 V 177 consid. 3.1 avec les références citées).

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

b) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 51 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec les références citées; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; cf. TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. a) Au cas d'espèce, il est constant que dans les suites immédiates de l'accident du 12 février 2006, l'assurée a souffert d'une

contusion du plateau tibial externe du genou gauche, dont l'intimée a assumé la prise en charge.

Est en revanche contestée l'étiologie des douleurs du genou gauche réapparues en septembre 2006 et ayant abouti à une résection arthroscopique de la plica interne de ce même genou le 29 novembre 2006. L'intimée a en effet réfuté tout lien de causalité entre l'événement du 12 février 2006 et la plica interne réséquée lors de l'intervention précitée, se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr N. _____ du 23 janvier 2007 et son complément du 29 février 2008, dont il ressortait en substance que la symptomatologie douloureuse du genou gauche réapparue au mois de septembre 2006 pouvait refléter un syndrome fémoro-patellaire bénin non traumatique sur dysplasie rotulienne, et que les douleurs de la plica pouvaient entrer dans le cadre d'une pathologie exceptionnelle mais sans rapport avec l'événement du 12 février 2006. Quant à la recourante, elle a critiqué ce point de vue en soutenant que la plica interne réséquée le 29 novembre 2006 était liée à l'accident du 12 février 2006. A ce propos, elle s'est prévaluée, d'une part, de l'appréciation du Dr G. _____ faisant mention d'une corrélation certaine entre l'événement du 12 février 2006 et la plica interne douloureuse au niveau du genou gauche (cf. rapport du 5 février 2008; cf. également comptes-rendus des 22 novembre et 4 décembre 2006), et a invoqué, d'autre part, l'avis du Dr W. _____ selon lequel l'accident du 12 février 2006 était suffisamment violent pour rendre une plica symptomatique ou provoquer la survenue d'une hypertrophie synoviale post-traumatique (cf. rapport du 11 avril 2008).

b) Compte tenu des appréciations médicales divergentes au dossier, l'assurée a fait l'objet d'une expertise judiciaire confiée au Dr S. _____. Dans son rapport d'expertise du 24 février 2012, ce dernier a notamment diagnostiqué un status après contusions rotulienne et du plateau tibial antérieur du genou gauche le 12 février 2006, avec flexum antalgique transitoire et syndrome rotulien, traités avec succès par de la physiothérapie puis un rinçage arthroscopique du genou le 29 novembre 2006 (avec résection en passant d'un repli/plica synoviale parapatellaire

interne) (cf. rapport d'expertise du 24 février 2012 p. 8). S'agissant plus particulièrement des douleurs du genou gauche réapparues en automne 2006, l'expert a relevé que la présence d'une plica significative n'avait jamais pu être objectivée, mais que par contre l'action vulnérante et le flexum antalgique post-traumatique du genou suggéraient fortement le développement d'un syndrome rotulien post-traumatique qui suffisait à lui seul pour expliquer les douleurs, étant précisé que même si le traitement d'un syndrome rotulien post-traumatique était en général conservateur, il demeurait qu'en l'espèce, l'effet rinçage de l'arthroscopie s'était avéré bénéfique avec disparition des plaintes, le statu quo sine ayant été retrouvé au plus tard un an après le traumatisme, soit en février 2007 (cf. ibid. p. 9). Dans ces circonstances, le Dr S. _____ a retenu qu'il était très peu probable qu'une éventuelle plica – et, partant, sa résection – ait influencé significativement l'évolution du cas particulier, et qu'il était en revanche bien plus probable que les douleurs rotuliennes résiduelles soient liées à un syndrome rotulien post-traumatique (cf. ibid. p. 10 ch. 3). Conséquemment, l'expert a conclu que la relation de causalité entre l'événement du 12 février 2006 et la plica était seulement hypothétique, mais que celle entre l'accident précité et le syndrome rotulien post-traumatique était par contre hautement vraisemblable, voire certaine (cf. ibid. p. 10 ch. 4).

Les praticiens consultés par la recourante ont contesté le rapport d'expertise précité. Ainsi, par compte-rendu du 21 mars 2012, le Dr W. _____ a exposé en substance que l'accident du 12 février 2006 avait provoqué une hypertrophie synoviale ou décompensé une plica préexistante, que cette atteinte était responsable des symptômes de l'assurée et que c'était la résection de la plica réalisée lors l'intervention arthroscopique du 29 novembre 2006 qui avait permis la guérison, étant précisé que, de l'avis de «*[t]ous les spécialistes*», un lavage arthroscopique seul n'amenait aucun bénéfice. Quant au Dr G. _____, il a observé dans un rapport du 26 mars 2012 qu'il était inutile de pratiquer des arthroscopies pour des douleurs rotuliennes et que si «*le lavage arthroscopique améliorerait la situation des douleurs rotuliennes, ça se saurait*».

Peu importe que l'on retienne, comme l'expert S._____, que l'accident du 12 février 2006 a occasionné un syndrome rotulien gauche qui a pu évoluer favorablement grâce à l'effet rinçage de l'arthroscopie du 29 novembre 2006, ou que l'on considère, comme les Drs G._____ et W._____, que l'événement du 12 février 2006 a provoqué un traumatisme de la plica interne du genou gauche ayant été traité au moyen d'une résection de la plica effectuée lors de l'arthroscopie du 29 novembre 2006. Ces divergences sont en effet sans incidence dans le cas particulier, dès lors que les trois médecins susmentionnés admettent en définitive que les douleurs du genou gauche signalées en automne 2006 sont liées à l'accident du 12 février 2006 et qu'elles ont au surplus disparu suite à l'intervention pratiquée le 29 novembre 2006. L'existence d'un lien de causalité étant admise sans réserve par ces trois médecins, il n'est donc pas décisif que la symptomatologie en question - de même que l'effet bénéfique du traitement chirurgical mis en œuvre - soit rattachée à certain type de pathologie du genou plutôt qu'à un autre.

Dans le prolongement de ce qui précède, on rappellera encore que selon l'expert S._____, le statu quo sine en lien avec l'accident du 12 février 2006 a été atteint en février 2007, autrement dit à une date postérieure à l'intervention arthroscopique pratiquée par le Dr G._____ le 29 novembre 2006 ainsi qu'aux 6 consultations effectuées chez ce dernier médecin entre fin novembre et fin décembre 2006 - traitements médicaux qui sont précisément à la base des prétentions de la recourante (cf. let. D et consid. 1b supra).

c) Seul le Dr N._____ a estimé que les douleurs du genou gauche réapparues dès l'automne 2006 - et ayant conduit à l'arthroscopie du 29 novembre 2006 - étaient sans rapport avec l'accident du 12 février 2006 (cf. notamment rapport d'expertise du 23 janvier 2007 ch. 5 & 6 p. 6 et ch. 8 p. 7). Les observations de ce médecin ne contiennent toutefois aucun élément concret et objectif qui aurait échappé à l'attention des autres praticiens interpellés dans le cadre de la présente affaire. Dans ces conditions, on ne saurait écarter les conclusions des Drs S._____,

G._____ et W._____ telles qu'exposées ci-dessus (cf. consid. 4b supra) pour se fonder sur l'opinion minoritaire du Dr N._____ niant tout lien de causalité entre l'accident du 12 février 2006 et la symptomatologie survenue en automne 2006.

Cela étant, la Cour de céans peut donc s'abstenir de se prononcer sur les griefs soulevés par la recourante à l'encontre du déroulement même de l'expertise du Dr N._____.

d) En définitive, il convient de se rallier à l'opinion majoritaire des Drs S._____, G._____ et W._____, dont il résulte que l'événement du 12 février 2006 se trouve bel et bien dans un rapport de causalité - naturelle et, par voie de conséquence, adéquate (cf. consid. 3b supra) - avec les douleurs du genou gauche réapparues à l'automne 2006 et ayant motivé la mise en œuvre de l'arthroscopie du 29 novembre 2006 ainsi que les 6 consultations auprès du Dr G._____ intervenues entre fin novembre et fin décembre 2006, traitements ayant du reste permis la disparition des douleurs en question.

A la lumière de ces considérations, il apparaît que les prétentions de la recourante sont donc bien fondées. Partant, il incombe à l'intimée de prendre en charge les suites de l'accident du 12 février 2006 au-delà du 22 novembre 2006 et ce à hauteur d'un montant total de 2'628 fr. 30, correspondant aux frais engendrés par l'arthroscopie du 29 novembre 2006 et par les 6 consultations médicales effectuées chez le Dr G._____ entre fin novembre et fin décembre 2006.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire, que ce soit sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. déterminations de la recourante du 11 avril 2012) ou de la production de pièces supplémentaires telles que le courrier du Dr W._____ du 26 février 2008 (cf. prise de position de l'intimée du 9 mai 2012). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent

(appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

5. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 12 février 2006 pour la période au-delà du 22 novembre 2006, à raison d'un montant total de 2'628 fr. 30, conformément aux considérants du présent arrêt (cf. consid. 4d).

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit être fixé à 2'500 francs.

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 13 décembre 2007 par F._____ est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 novembre 2007 par M._____ Compagnie d'assurances SA, actuellement D._____ Assurances SA, est réformée en ce sens que cet assureur doit prendre en charge les suites de l'événement du 12 février 2006 pour la période au-delà du 22 novembre 2006, à concurrence d'un montant total de 2'628 fr. 30, conformément aux considérants du présent arrêt.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

IV. D._____ Assurances SA versera à la recourante F._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour la recourante),
- Me Pierre del Boca (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :