

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean-Pierre Bloch,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA, 6 al. 1 et 2 LAA et 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. a) X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante française née en 1967, œuvrait comme aide infirmière pour le compte d' [...], à Lausanne. Le 31 juillet 2008, alors qu'elle travaillait sur le site de l'Institution de [...], elle a été victime d'une distorsion du genou droit en aidant un résident à se lever, annoncée par déclaration de sinistre LAA signée le 26 août 2008 par l'employeur. S'en est suivie une incapacité de travail totale à compter du 20 août 2008, telle qu'attestée par le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, dans différents rapports médicaux successifs, ainsi qu'une opération en date du 29 janvier 2009. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Dans un rapport du 3 juillet 2009 adressé au médecin traitant, le Dr [...], chirurgien orthopédique FMH, a diagnostiqué un status après rupture et plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Il précisait qu'il n'était pas exclu que l'assurée ait développé un syndrome algo-neuro-dystrophique frustré en période post-opératoire, ce qui expliquerait la relative lente amélioration, avec une mobilité du genou pas encore totalement retrouvée, de même que la symptomatologie douloureuse atypique (douleur en étau). Selon ce médecin, le tableau clinique n'était toutefois pas mauvais et une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée à 50% dans les quatre à six semaines.

L'assurée a été examinée par le Dr [...], médecin d'arrondissement de la CNA, le 10 septembre 2009. Le rapport daté du même jour posait les diagnostics d'entorse ligamentaire au genou droit ayant comporté essentiellement une déchirure du ligament croisé antérieur, d'état après plastie avec bon résultat et d'insuffisance thyroïdienne substituée à titre de comorbidité. Le médecin d'arrondissement constatait que le déplacement de l'assurée à plat se faisait sans boiterie mais avec prudence, que le genou droit ne présentait aucun signe inflammatoire, hormis une minime hyperthermie, et qu'il n'y

avait pas d'amyotrophie au niveau de la cuisse. Selon lui, il n'existait pas d'obstacle à une reprise immédiate de la profession habituelle, à 50% et sans aménagement aucun, une reprise complète pouvant être exigée environ six semaines plus tard. Il concluait en précisant qu'aucun élément ne semblait justifier une réorientation professionnelle, ni un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 10 septembre 2009, la CNA a informé l'assurée qu'au vu des conclusions de son médecin d'arrondissement, elle la reconnaissait apte au travail dans son activité antérieure d'aide infirmière à raison de 50% dès le 16 septembre 2009, puis de 100% dès le 2 novembre 2009, et que les indemnités journalières seraient versées en conséquence.

b) Le 17 septembre 2009, alors qu'elle venait de reprendre le travail à l'Hôpital de [...], l'assurée a perdu l'équilibre en assistant une patiente et s'est tordu le genou. L'événement a été annoncé le 29 septembre 2009 à la CNA, laquelle a repris le versement des indemnités journalières en plein depuis le 18 septembre 2009.

Dans un rapport du 15 octobre 2009, le Dr [...], médecin assistant auprès de la Clinique [...], a diagnostiqué une entorse du genou droit avec status post-plastie du ligament croisé antérieur, uniquement en rapport avec l'événement accidentel annoncé. Il a observé que le genou était stable avec des douleurs diffuses globales et attesté une incapacité de travail totale à compter du 17 septembre 2009.

L'assurée a séjourné à la Clinique W. _____ du 9 décembre 2009 au 19 janvier 2010 en vue de sa rééducation et de l'évaluation de ses capacités résiduelles. Dans leur rapport du 12 février 2010, les Drs [...], spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et [...], médecin assistant, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, et les diagnostics secondaires d'entorse du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, de plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29

janvier 2009 et de deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009. Les comorbidités retenues étaient une hypothyroïdie traitée et une appendicectomie à l'âge de vingt ans. Au terme du séjour hospitalier, les médecins ont constaté que la prise en charge physiothérapique avait amené une amélioration de la force et de la mobilité du genou, mais qu'il persistait des limitations concernant la marche rapide, l'accroupissement, l'agenouillement et la marche sur terrains irréguliers. Ils étaient d'avis que la situation médicale ne pouvait pas être considérée comme stabilisée et attestaient une incapacité de travail totale dans la profession habituelle d'aide soignante du 9 décembre 2009 au 19 février 2010, à réévaluer par la suite.

Etait annexé à ce rapport le compte-rendu d'un consilium psychiatrique établi le 27 janvier 2010 par le Dr S._____, psychiatre et psychothérapeute FMH. L'assurée y était décrite comme une femme vigile et orientée, sans troubles attentionnels ou mnésiques majeurs, dont la thymie était globalement maintenue, avec des modulations congruentes aux sujets évoqués. Mise à part une prise pondérale depuis le retrait professionnel et l'arrêt de toute activité sportive, aucun signe orientant vers un trouble dépressif constitué n'était décelé. Il n'existait pas non plus d'éléments pour un trouble anxieux, un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité. Dans ce contexte, le Dr S._____ n'avait pas de proposition thérapeutique à formuler, hormis la proposition de participer à quelques séances de relaxation.

Dans un rapport du 28 juin 2010 adressé au Dr H._____, le Dr [...], chirurgien orthopédique, a observé que la plastie tenait bien, que le genou et la cicatrice étaient calmes, sans épanchement, l'assurée présentant toutefois une amyotrophie de la cuisse droite et des signes méniscaux faiblement positifs du côté interne. Après une première IRM pratiquée au mois de juillet 2009, qualifiée de rassurante, une nouvelle IRM du 21 décembre 2009 révélait une petite déchirure de la corne antérieure du ménisque externe, une fibrose derrière le corps de Hoffa, un amincissement cartilagineux et une probable instabilité du ligament croisé antérieur. Pour ces motifs, le chirurgien estimait qu'une arthroscopie

diagnostique était le seul geste pouvant permettre une amélioration éventuelle de l'état de santé de l'assurée, la reprise de la plastie ligamentaire lui paraissant en revanche contre-indiquée.

Le 18 août 2010, le Dr H._____ a indiqué que l'évolution s'était progressivement stabilisée depuis le mois de juin 2009 et qu'elle restait inchangée depuis l'automne 2009. Au vu d'une IRM du genou droit réalisée le 14 juillet 2010, il confirmait que la plastie semblait bien tenir, que le genou était calme, sans épanchement, et que la mobilisation flexion-extension était pratiquement normale à l'exception d'une amyotrophie sur le tendon du quadriceps et du mollet droits. De l'avis de ce médecin, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à son état de santé depuis l'accident de 2008.

Le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a diagnostiqué, dans un rapport du 1^{er} septembre 2010, des douleurs résiduelles au niveau du genou droit après entorse avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, une plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29 janvier 2009, une deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009, une hypothyroïdie traitée et une appendicectomie à l'âge de vingt ans. Il a observé, à l'examen clinique, que le genou en question était sec et stable avec une flexion-extension complète, mais qu'il existait une douleur assez importante à la palpation de tout l'interligne articulaire interne et externe, ainsi qu'une amyotrophie de la cuisse et du mollet droits. L'IRM du 14 juillet 2010 avait mis en évidence de discrets signes d'irritation osseuse antérieure au niveau du tibia accompagnés par une synovite modérée prédominant sur le pivot central et antérieurement, à l'instar de quelques petits foyers de méniscopathie et d'un kyste pluriloculé de Baker. Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement de la CNA considérait que la situation n'était pas encore stabilisée, mais que quelle que soit l'évolution future du genou, il était pratiquement certain qu'elle ne permettrait pas à l'assurée de reprendre son ancienne activité professionnelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de marche ininterrompue de plus de dix à quinze minutes, pas de

marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de vingt kilos), la capacité de travail était jugée entière.

En date du 29 septembre 2010, la CNA a avisé l'assurée que l'examen médical révélait qu'elle n'avait plus besoin de traitement et qu'en conséquence, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnisation journalière au 30 novembre 2010, puis examinerait le droit à une rente d'invalidité.

Dans une appréciation médicale du 14 octobre 2010, le Dr G. _____ a relevé que les divers examens cliniques effectués depuis la deuxième entorse du 17 septembre 2009 n'avaient jamais posé d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale et que le traitement conservateur et, en particulier, le séjour à la Clinique W. _____ avaient permis une évolution très lentement favorable. Quand bien même l'examen du 1^{er} septembre 2010 avait révélé une douleur assez importante à la palpation ainsi qu'une amyotrophie de la cuisse et du mollet droits, le médecin d'arrondissement rappelait que l'assurée avait présenté un genou sec et stable, avec une flexion-extension complète, et que dans ces conditions, il n'y avait aucun droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité.

c) Le 16 octobre 2010, l'assurée s'est fait bousculer par un individu dans un centre commercial à Lausanne et s'est derechef tordu le genou. Elle a consulté le Dr H. _____, lequel a diagnostiqué une distorsion traumatique du genou droit, due tant à cet événement qu'à l'accident de 2008. L'incapacité de travail était fixée à 100% pour une durée indéterminée.

Après avoir examiné l'assurée, le 6 décembre 2010, le Dr G. _____ a constaté que, par rapport à son examen du 1^{er} septembre 2010, il n'existait plus de douleur à la palpation au niveau de l'interligne articulaire externe; la sollicitation du ménisque interne était par contre clairement douloureuse et la différence la plus notoire résultait du fait que

le tiroir à droite paraissait plus important qu'à gauche. Le médecin d'arrondissement concluait qu'une pleine capacité de travail était toujours exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précédemment définies.

d) Par décision du 11 février 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 12% à compter du 1^{er} décembre 2010, pour les séquelles de l'accident survenu le 31 juillet 2008. Dite décision n'a pas fait l'objet d'un recours de la part de l'intéressée.

e) Le 22 janvier 2011, le genou droit de l'assurée s'est dérobé alors qu'elle montait des escaliers. Le cas a été annoncé à la CNA le 25 janvier suivant. Dans un questionnaire du 15 février 2011, l'intéressée a indiqué à la caisse qu'il ne s'était rien produit de particulier lors de l'événement, en particulier qu'elle n'avait ni glissé ni chuté.

Le Dr H._____, qui a prodigué les premiers soins, a diagnostiqué, le 16 février 2011, une entorse du genou droit. Selon lui, cette lésion n'était pas uniquement due à l'événement en question, mais était partiellement post-opératoire et partiellement accidentelle. Une reprise du travail n'était pas envisagée avant le 26 janvier 2011.

L'assurée est ensuite allée consulter le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 15 mars 2011. Dans un rapport du 13 mai 2011, celui-ci a indiqué que l'examen clinique était rassurant, sans épanchement, troubles de morphotype ou limitation fonctionnelle, l'extension étant complète, avec une flexion de 130°, sans laxité dans les différents plans. Il relevait en outre que l'IRM du 14 juillet 2010 témoignait de l'intégrité de la plastie, bien positionnée, et de l'absence de réaction inflammatoire autour du matériel d'interférence. Cliniquement, le quadriceps présentait un tonus adéquat. Dans ce contexte, le praticien ne disposait d'aucune explication relative aux gonalgies et ne suggérait dès lors ni intervention chirurgicale ni examens complémentaires, en l'absence d'éléments contributifs.

Dans une appréciation médicale du 21 juillet 2011, le Dr G. _____ a estimé que la dernière entorse de janvier 2011 constituait un nouvel événement qui n'avait pas de rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident initial du 31 juillet 2008. Il précisait toutefois que ce dernier avait rendu le genou droit de l'assurée plus sensible et que toute nouvelle entorse, même bénigne, avait donc pour conséquence de décompenser une pathologie préexistante, de manière transitoire avec un retour rapide à l'état de statu quo sine. Selon ce médecin, ce statu quo sine était largement atteint le 15 mars 2011, date de l'examen du Dr B. _____, qui était superposable aux siens.

f) Au vu de ces éléments, la CNA a rendu, le 18 août 2011, une décision mettant immédiatement fin à la prise en charge du traitement médical. Faisant référence aux différentes constatations médicales, elle considérait que l'événement du 22 janvier 2011 ne constituait ni un accident, ni une lésion corporelle assimilée à un accident, et qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable avec les lésions survenues le 31 juillet 2008. Elle ajoutait que, dans la mesure où les séquelles du premier accident ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement médical ne se justifiait pas, seule une rente d'invalidité pouvait entrer en considération. A bien plaisir, la caisse acceptait toutefois de prendre en charge les dernières consultations de son assurée.

L'assurée a formé opposition contre cette décision le 30 août 2011.

Une nouvelle IRM, pratiquée le 7 octobre 2011, a encore mis en lumière les éléments suivants: foyer de méniscopathie mineure (grade I) de la corne postérieure du ménisque interne, intégrité de la partie du ligament croisé antérieur, quelques anomalies cartilagineuses débutantes sur le versant antéro-interne de l'échancrure inter-condylienne ainsi que dans la zone de charge postéro-centrale du compartiment externe, pas de lésion vasculaire, kyste pluriloculé de Baker.

Interpellé à ce sujet par la CNA, le Dr G._____ a estimé, le 2 décembre 2011, que les troubles minimes précités étaient en relation de causalité probable avec l'accident du 31 juillet 2008, mais qu'ils ne nécessitaient pas de traitement en l'état actuel et n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite le 1^{er} septembre 2010.

Par décision sur opposition du 26 janvier 2012, la CNA a confirmé sa décision du 18 août 2011 et rejeté l'opposition de l'assurée. Elle maintenait que cette dernière n'avait été victime ni d'un accident ni d'une lésion assimilée à un accident en date du 22 janvier 2011, le facteur extérieur déclenchant faisant défaut. Elle constatait en outre qu'au moment où l'état antérieur avait été atteint, soit le 15 mars 2011 au plus tard selon son médecin d'arrondissement, la situation était superposable à celle constatée lors du passage à la rente, raison pour laquelle elle se refusait à reprendre le versement des indemnités journalières ou la prise en charge d'un traitement médical quelconque. Enfin, revenant à la dernière IRM du 7 octobre 2011, la CNA précisait que, selon le Dr G._____, les lésions mises en exergue n'impliquaient pas de traitement ni d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

B. Par courrier adressé le 31 janvier 2012 à la CNA, X._____ a manifesté son intention de recourir contre cette décision, ce qu'elle a confirmé dans un écrit envoyé le 24 février suivant au Tribunal cantonal. A l'appui de sa position, elle fait valoir que les douleurs et problèmes de marche provoqués par son accident de travail en 2008 lui rendent la vie impossible et l'empêchent de travailler. Ces complications seraient dues au fait que sa jambe aurait rétréci après son opération. La recourante conclut à ce que son "taux d'invalidité soit révisé et que [sa] rechute de 2011 soit prise en compte".

Dans un mémoire de réponse reçu le 29 juin 2012 par la Cour de céans, la CNA conclut au rejet du recours. Elle n'admet pas que le fait de se blesser en montant des escaliers puisse être considéré comme un accident ou une lésion corporelle assimilée à un accident, à défaut de

cause dommageable extérieure extraordinaire, voire seulement extérieure. Elle exclut en outre toute rechute, dès lors que l'entorse du genou droit subie le 22 janvier 2011 ne serait pas en rapport de causalité pour le moins probable avec un accident assuré par la caisse. Elle écarte enfin l'éventualité d'une révision de la rente, cette question n'étant pas l'objet de la décision entreprise.

A l'appui de sa réponse, la CNA a produit un rapport du Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 20 juin 2012. Selon ce médecin, le résultat objectif de la plastie pratiquée en janvier 2009 apparaît excellent, avec une isométrie ligamentaire parfaitement reconstituée, quel que soit le degré de flexion, en parallèle avec une récupération complète de la mobilité et une bonne récupération musculaire, en particulier grâce à la physiothérapie. Il relève qu'il n'existe aucun élément organique susceptible d'expliquer les phénomènes de lâchage du genou ou la symptomatologie douloureuse dont se plaint la recourante, hormis peut-être une hypotonie du quadriceps initialement. Le Dr R._____ exclut catégoriquement toute aggravation de l'état de santé de l'intéressée suite aux trois événements des 17 septembre 2009, 16 octobre 2010 et 22 janvier 2011, dans la mesure où aucun état lésif de nouvelle entité n'a été constaté ou même suspecté à ces occasions. Il en conclut que ces événements sont sans rapport de causalité avec l'accident du 31 juillet 2008 et qu'ils ne justifient aucune incapacité de travail dans la profession habituelle d'aide infirmière.

Lors du deuxième échange d'écritures, les parties ont maintenu leur position.

Les 31 août et 1^{er} octobre 2012, la recourante a produit une attestation de physiothérapie, une décision d'octroi de rente de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 24 septembre 2012 pour la période du 1^{er} novembre 2009 au 30 novembre 2010 et un rapport du Dr M._____, chirurgien orthopédique et traumatologue FMH, du 23 août 2012. Il résulte en particulier de ce rapport que la prénommée présente

régulièrement des douleurs en regard du tendon rotulien sous forme d'une tendinite associée à un conflit fémoro-patellaire, en lien avec la plastie ligamentaire et donc avec le traumatisme de 2008, de même qu'une symptomatologie de type mécanique en relation avec une méniscope dégénérative post-traumatique à l'origine également d'une inégalité des membres inférieurs de moins d'un centimètre.

Dans ses déterminations du 24 octobre 2012, la caisse intimée se rallie aux conclusions du nouveau rapport du Dr R. _____ du 16 octobre 2012, selon lesquelles les différents documents produits par la recourante ne sont pas de nature à modifier sa position. Ledit rapport retient que le lien de causalité naturelle entre les diagnostics de tendinite rotulienne et de conflit fémoro-patellaire posés par le Dr M. _____ et l'accident du 31 juillet 2008 et ses suites est tout au plus possible, d'une part, et qu'il n'existe aucun élément probant permettant de considérer que ces atteintes soient à l'origine de troubles invalidants limitant la capacité de travail de la recourante, d'autre part. S'agissant de l'inégalité des membres inférieurs, le Dr R. _____ considère qu'il est improbable que celle-ci soit la conséquence d'un problème intra-articulaire, de surcroît monocompartmental, alors même que la hauteur du ménisque n'apparaît pas diminuée et qu'il n'existe pas non plus d'usure du cartilage. Il rappelle au demeurant que 95% de la population présentent une différence de longueur mesurable des membres inférieure ou égale à dix millimètres, que les compensations moindres ne sont généralement pas retenues et que des supports plantaires ont été prescrits à la recourante pour un problème de pieds plats sans rapport aucun avec les événements accidentels en cause.

Les 27 novembre 2012 et 27 février 2013, la recourante a encore produit deux attestations d'ostéopathie et de physiothérapie, ainsi qu'un rapport du Dr M. _____ du 19 février 2013, attestant qu'elle présente des séquelles d'un traumatisme avec lésions ligamentaires réparées chirurgicalement de son genou droit et aggravées de troubles dégénératifs comme évolution naturelle de ce genre de lésions avec conflit fémoro-patellaire, nécessitant une adaptation professionnelle. A

également été produit un certificat du Dr P._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, du 12 février 2013, selon lequel la recourante présente une symptomatologie dépressive et anxieuse aggravée depuis mi-janvier 2013, en lien avec sa pathologie orthopédique du genou, qui entraîne des idées de dévalorisation, la diminution de l'estime de soi, des ruminations suicidaires et un sentiment de désespoir.

Appelée à se déterminer sur ces derniers éléments, la CNA a confirmé ses conclusions le 19 avril 2013. Elle relève en particulier que les troubles psychiques évoqués par le Dr P._____ n'engagent pas sa responsabilité, à défaut de lien de causalité naturelle et adéquate avec les événements assurés.

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 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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 et 2 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, 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 (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la caisse intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 26 janvier 2012, à refuser de verser les prestations d'assurance pour les suites de l'événement du 22 janvier 2011 et à mettre un terme à la prise en charge du traitement en tant que rechute de l'accident du 31 juillet 2008.

Quant à la question du taux d'invalidité, abordée par la recourante, elle a d'ores et déjà fait l'objet d'une décision de la caisse en date du 11 février 2011 qui, faute de recours de la part de l'intéressée, est aujourd'hui entrée en force. Elle n'est donc pas l'objet de la présente procédure, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur ce point.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une

cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement "non programmé", lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non

programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute. Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (TF U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2 et les références). A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

b) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Les fractures figurent dans la liste de l'art. 9 al. 2 let. a OLAA, laquelle est exhaustive. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; TF 8C_101/2012 du 2 mai 2013 consid. 3.1).

c) 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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; TF 8C_71/2012 du 11 décembre 2012 consid. 4 et 5.2). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3); 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_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement

accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_878/2012 du 4 septembre 2013 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. Dans le cas d'espèce, la caisse intimée a refusé, par la décision sur opposition querellée, de verser ses prestations pour les suites de l'événement survenu le 22 janvier 2011, au cours duquel la recourante s'est tordu le genou en montant les escaliers. Elle considère qu'il ne s'agit là ni d'un accident, ni d'une lésion assimilée à un accident, en l'absence de cause extérieure et de lien de causalité avec l'accident assuré du 31 juillet 2008.

a) Avec l'intimée, force est de constater que l'événement litigieux du 22 janvier 2011 ne peut être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, il résulte des éléments figurant au dossier que, ce jour-là, la recourante était en train de monter les escaliers lorsque son genou s'est dérobé. Il n'est nulle part fait mention d'une cause externe qui aurait pu influencer la lésion subie. Bien au contraire, la recourante a elle-même indiqué, dans le questionnaire du 15 février 2011, qu'il ne s'était rien passé de spécial au moment des faits, en particulier qu'elle n'avait été victime ni d'une glissade, ni d'une chute. Il convient d'en conclure que l'intéressée s'est tordu le genou alors qu'elle réalisait, seule et sans l'intervention d'une cause extérieure quelconque, un effort musculaire. Cet effort doit au demeurant être qualifié de tout à fait habituel, puisque le fait de grimper des marches relève du quotidien et ne

suppose pas une sollicitation accrue de l'organisme. Partant, que les conséquences de cet événement puissent paraître graves ou inattendues à la recourante est sans pertinence.

Pour ces mêmes motifs, il y a lieu d'écarter toute lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, dans la mesure où, hormis son caractère extraordinaire, l'exigence d'une cause extérieure subsiste. Or, cette cause fait en l'occurrence défaut.

b) A cela s'ajoute que, comme le retient la caisse intimée dans la décision attaquée, il n'existe pas de lien de causalité naturelle et adéquate pour le moins probable entre l'événement du 22 janvier 2011 et l'accident du 31 juillet 2008.

L'appréciation du Dr R. _____ est particulièrement claire à ce sujet. Dans son premier rapport du 20 juin 2012, ce médecin observe, sur la base des différents examens médicaux effectués précédemment, que le résultat objectif de la plastie pratiquée en janvier 2009 apparaît excellent, avec une isométrie ligamentaire parfaitement reconstituée, un recouvrement complet de la mobilité et une bonne récupération musculaire. Il constate qu'il n'existe ainsi aucun élément organique susceptible d'expliquer les phénomènes de lâchage du genou ou les douleurs dont se plaint la recourante et en conclut que l'événement du 22 janvier 2011 - de même que les deux événements précédents des 17 septembre 2009 et 16 octobre 2010 - sont sans rapport de causalité avec l'entorse ligamentaire du 31 juillet 2008.

Le Dr R. _____ vient ainsi corroborer les observations du Dr B. _____ du 13 mai 2011, lesquelles font état d'une plastie bien conservée et positionnée, exempte de réaction inflammatoire, ainsi que d'un examen clinique rassurant, avec une extension complète du genou et un tonus adéquat du quadriceps, sans épanchement, troubles du morphotype ou limitation fonctionnelle. A l'instar de son collègue orthopédiste, ce médecin ne trouve pas non plus d'explication relative aux gonalgies invoquées par la recourante, à défaut d'éléments contributifs.

De son côté, le Dr G._____ arrive à un constat similaire puisqu'il considère, dans son appréciation du 21 juillet 2011, que la dernière entorse n'est pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident de 2008, mais qu'il s'agit d'un nouvel événement bénin n'ayant fait que décompenser une pathologie préexistante. Le médecin d'arrondissement précise que ce phénomène est dû au fait que le genou droit de l'intéressée est devenu plus sensible et plus exposé à de nouvelles entorses, mais que cette décompensation n'est que transitoire et atteint rapidement le statu quo sine. Certes, dans un deuxième temps, soit après avoir pris connaissance des résultats de l'IRM du 7 octobre 2011, le Dr G._____ reconnaît l'existence d'un lien de causalité probable entre les troubles minimes mis en évidence et l'accident du 31 juillet 2008. Il ajoute toutefois qu'il n'en découle ni traitement médical ni incapacité de travail. Aussi ne s'agit-il pas d'une rechute au sens de l'art. 11 OLAA (cf. supra, consid. 3c). Quant au Dr H._____, il se contente d'indiquer que la lésion du 22 janvier 2011 n'est qu'en partie accidentelle.

L'avis isolé du Dr M._____, selon lequel les troubles actuels constituent des séquelles du traumatisme de 2008, ne suffit pas à remettre en cause ce qui précède. En effet, les deux attestations de ce praticien des 23 août 2012 et 19 février 2013 sont relativement brèves, à l'inverse des deux rapports du Dr R._____, dont les conclusions résultent d'exams complets et approfondis, d'une étude soignée de l'anamnèse et d'une discussion particulièrement détaillée et documentée. En outre, ce dernier expose de manière pertinente et convaincante les raisons pour lesquelles le rapport de causalité entre l'accident du 31 juillet 2008 et les diagnostics posés par son collègue n'est que possible, compte tenu en particulier de la mobilité complète recouvrée. Il relève également, à juste titre, que le Dr M._____ ne précise pas en quoi de telles atteintes limiteraient la capacité de travail de la requérante. Enfin, le Dr R._____ rappelle que l'intéressée s'est vue prescrire des supports plantaires pour un problème de pieds plats et non pas pour un problème de membres inférieurs inégaux, dont il écarte le bien-fondé de façon persuasive. Le Dr M._____ ne sous-entend d'ailleurs pas que cette inégalité serait la cause des lâchages à répétition de sa patiente.

S'agissant enfin du certificat psychiatrique du Dr S. _____ du 12 février 2013, produit par la recourante, il ne fait état d'aucune limitation de la capacité de travail, pas plus qu'il ne rattache les troubles signalés à un accident assuré. A cela s'ajoute que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Or, ledit certificat a été établi plus d'une année après le prononcé de la décision litigieuse. On rappellera pour le surplus qu'aucune affection psychique n'avait été décelée jusqu'alors, en particulier aucun trouble dépressif, trouble anxieux, trouble psychotique ou trouble de la personnalité, ces diagnostics ayant été expressément écartés par le Dr S. _____ en date du 27 janvier 2010.

Au vu de ces éléments, il n'est pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la dernière entorse du mois de janvier 2011 soit en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 31 juillet 2008.

c) Faute d'élément accidentel relevant de l'assurance-accidents, c'est donc à bon droit que la caisse intimée a refusé de verser ses prestations en lien avec l'événement du 22 janvier 2011.

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

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 26 janvier 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Pierre Bloch (pour X. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :