

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2015

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Neu et Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par
Me Corinne Monnard Séchaud, avocate, à Lausanne

et

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

Art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1966, est responsable d'office auprès de V._____, où elle a été engagée en 1992.

A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Dans la soirée du 1^{er} août 2009, à son retour de vacances, l'assurée s'est rendue à la buanderie de son immeuble, où elle a été victime d'un « faux pas » et heurté son genou gauche sur l'angle d'une marche des escaliers. Elle a poursuivi ses occupations en dépit de douleurs et de l'enflure de son genou.

Ayant repris son activité lucrative le 3 août 2009, elle a constaté le gonflement de sa jambe gauche et le lendemain, a consulté en urgence le Dr C._____, médecin interne au sein du Centre d'urgences Q._____SA. Ce dernier a prononcé une incapacité totale de travail et invité l'assurée à se rendre à la consultation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr W._____, lequel a maintenu l'arrêt complet du travail.

A la demande de ce spécialiste, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été pratiquée le 7 août 2009 auprès de la Clinique D._____, le rapport corrélatif du 8 août 2009 relatant les éléments suivants :

« [...] Structures osseuses : il n'est pas mis en évidence de lésion caractéristique. On notera toutefois un décentrage rotulien avec bascule et fermeture de l'angle patellaire externe à l'origine d'une condensation cortico-sous-corticale de la facette externe.
Cartilages : il n'est pas mis en évidence de lésion significative des cartilages de recouvrement au niveau des trois compartiments.
Ménisque interne : morphologie et signal normaux.

Ménisque externe : il existe un fragment méniscal inclus dans l'échancrure qui semble issu de ce ménisque externe qui apparaît lésé au niveau de la corne moyenne et surtout de la corne antérieure. A ce niveau, il semble exister une fissuration horizontale. Le fragment est manifestement lié à la présence d'une anse de seau.

Ligaments croisés antérieur et postérieur : pas de tuméfaction ni d'anomalie de signal intra-ligamentaire. Les fibres ligamentaires conservent une orientation physiologique.

Ligaments latéraux interne et externe, ailerons rotuliens : absence d'anomalie de signal intra-ligamentaire, de tuméfaction ou d'œdème des parties molles de voisinage.

Tendon quadricipital et rotulien : pas de tuméfaction ni d'anomalie de signal intra-tendineux.

Synoviale : petit épanchement intra-articulaire.

Conclusion, proposition :

Lésion du ménisque externe avec probable anse de seau, incarcerated dans l'échancrure. Epanchement intra-articulaire modéré. Hyperpression fémoro-patellaire externe. [...] »

En date du 13 août 2009, V._____ a adressé à la CNA une déclaration de sinistre LAA, précisant que l'assurée souffrait d'une « déchirure » au niveau du genou.

Le Dr W._____ a pratiqué une arthroscopie le 18 août 2009, au terme de laquelle il a posé le diagnostic final de « vaste lésion cartilagineuse du condyle externe en zone de charge ». Il a en outre relevé ce qui suit dans le rapport opératoire corrélatif :

« [...] - Synovite inflammatoire.
- Compartiment fémoro-patellaire : chondromalacie trochléenne. Chondropathie patellaire stade I et II.
- Compartiment fémoro-tibial interne : cartilage tibial sain. Chondropathie en zone de charge condylienne stade III avec clapet d'environ 12 mm de diamètre. Shaving mécanique jusqu'à l'obtention d'une régularisation des bords de la lésion. Lavage abondant au NaCl. Ménisque interne sain.
- Pivot central : LCA [réd. : ligament croisé antérieur] et LCP [réd. : ligament croisé postérieur] sains.
- Compartiment fémoro-tibial externe : on retrouve un ménisque discoïde quasi complet. Tendon du poplité dans son hiatus. [...] »

Un rapport médical a été complété par ce praticien à l'attention de la CNA le 2 septembre 2009. Il y fait mention du diagnostic de « grave lésion cartilagineuse en zone de charge » du genou gauche, soulignant que « la patiente est au repos complet et en décharge absolue, les douleurs amenuisées mais présentes » et constatant une « diminution

des amplitudes articulaires du genou ». Il a poursuivi l'incapacité de travail totale et préconisé « six semaines de décharge avec antalgiques et AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens] ».

Quant au Dr C._____, il a communiqué son rapport à la CNA le 29 septembre 2009 relatant un « épanchement du genou gauche d'origine indéterminée » et renvoyé au surplus au Dr X._____, médecin généraliste traitant de l'assurée.

Celle-ci a repris son activité lucrative à 50% à compter du 25 novembre 2009, puis à 100% dès le 13 janvier 2010.

En date du 7 janvier 2010, le Dr W._____ a fait parvenir un rapport médical intermédiaire à la CNA, observant que l'évolution de la situation était « plus que mitigée » puisque « les douleurs à la reprise du travail à 50% [avaient] nécessité la poursuite d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire et surtout une très importante restriction des activités physiques impliquant le genou gauche ». Il a souligné craindre un dommage permanent à ce stade, soit l'apparition d'une gonarthrose.

Par courrier du 11 février 2010, le Dr W._____ a sollicité, pour le compte de sa patiente, la prise en charge par la CNA d'une plastie mosaïque, compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse. Cette requête a été refusée le 25 mars 2010.

Un nouveau rapport intermédiaire a été produit par le Dr W._____ le 1^{er} juin 2010. Il a fait part du statu quo de la situation, soit de la « persistance de gonalgies invalidantes », sa patiente devant poursuivre un traitement antalgique selon ses besoins, ce vraisemblablement « à vie ».

Sollicité pour avis, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué le 9 juillet 2010 que

l'accident du 1^{er} août 2009 ne déployait plus d'effet, le statu quo sine se trouvant atteint.

Partant, la CNA a rendu une décision, datée du 19 juillet 2010, où elle a mis un terme à ses prestations ex nunc et pro futuro, considérant que les troubles présentés par l'assurée avaient désormais exclusivement une origine malade.

C. Par écriture du 29 juillet 2010, l'assurance-maladie de l'assurée a sollicité un tirage du dossier de la CNA et formé opposition provisoire contre la décision précitée, laquelle a toutefois été retirée ultérieurement par pli du 12 août 2010.

Quant à l'assurée, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, elle a interjeté opposition formelle contre la décision du 19 juillet 2010 par acte du 10 septembre 2010, concluant à son annulation et à la poursuite de la prise en charge des frais découlant de l'accident du 1^{er} août 2009. Elle a fait valoir à cette occasion la persistance d'un lien de causalité adéquat entre les troubles présentés et ledit accident, s'engageant à produire de nouveaux rapports médicaux à l'appui de ses allégués.

Le 14 octobre 2010, l'assurée a fourni une attestation de son médecin traitant, le Dr X._____, lequel a notamment indiqué suivre sa patiente depuis 1994 sans avoir jamais dispensé de traitement à son genou avant l'événement du 1^{er} août 2009. Elle a au surplus proposé la mise en œuvre d'une « expertise » auprès du Dr W._____.

Une appréciation médicale du Dr F._____ a été versée au dossier de l'assurée le 18 octobre 2010, où ce praticien se prononce notamment en ces termes :

« [...] Le 7.8.09 une IRM du genou gauche a démontré une lésion du ménisque externe sous forme d'une probable anse de seau incarcerated dans l'échancrure. Le radiologue a également décrit un épanchement intra-radiculaire modéré et une hyperpression fémoro-patellaire externe. Il a précisé qu'il n'y avait pas de lésion cartilagineuse. Le 18.8.09, une arthroscopie n'a pas retrouvé de lésion méniscale externe. En revanche, l'opérateur a relevé une chondropathie touchant la rotule et surtout le condyle fémoral interne. Une chondroplastie a été effectuée.

[...] Par la suite, en raison de douleurs résiduelles, la patiente s'est vue proposer une mosaïque-plastie, voire une prothèse (unicompartimentale ?) si l'on se réfère au rapport d'audition du 9.3.10.

Cela veut dire que cette patiente présente probablement une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante, tout au moins une préarthrose du compartiment interne. Cette situation ne peut pas être mise sur le compte d'une simple contusion. On doit donc admettre que [l'assurée] présentait un état antérieur, peu ou pas symptomatique, que l'accident du 1.8.09 a décompensé. En l'absence de lésion osseuse, ligamentaire ou méniscale qu'on puisse directement rapporter à l'accident, il ne peut s'agir que d'une aggravation transitoire. Dans ce genre de situation, on admet habituellement que le statu quo sine est atteint, au plus tard, après 6 mois. »

Considérant que le rapport précité du Dr F._____ contenait des contradictions quant à la présence d'une lésion méniscale, l'assurée a maintenu son opposition et réitéré sa demande d'expertise auprès du Dr W._____ dans une écriture du 2 novembre 2010.

La CNA a adressé sa décision sur opposition le 19 novembre 2010, rejetant l'opposition de l'assurée et maintenant sa décision du 19 juillet 2010 sur la base de l'avis du Dr F._____. Elle a estimé qu'une instruction complémentaire sous forme d'expertise ne se justifiait pas, dans la mesure où l'arthroscopie pratiquée par le Dr W._____ n'avait pas mis en évidence la lésion méniscale décrite sur l'IRM et au vu de l'absence de tout document médical ultérieur susceptible de démontrer une lésion osseuse, ligamentaire ou méniscale. Elle a dès lors conclu au défaut de lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident du 1^{er} août 2009 non sans rappeler la jurisprudence rendue en lien avec le principe « post hoc ergo propter hoc ».

D. Par acte du 7 janvier 2011, l'assurée, assistée de son conseil, a déféré la décision sur opposition du 19 novembre 2010 à la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation sous suite de prise en charge de l'ensemble des frais consécutifs à l'accident du 1^{er} août 2009 par la CNA. Elle a requis au titre de mesures d'instruction l'audition du Dr W._____, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise destinée à clarifier le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés et l'accident incriminé. Elle a par ailleurs produit un rapport d'expertise de ce spécialiste, établi le 8 décembre 2010, où ce dernier a confirmé le diagnostic de « vaste lésion isolée cartilagineuse traumatique du condyle externe située en pleine zone de charge », précisant ce qui suit à cet égard :

- « [...] 1) Vaste : La lésion mesure au moins 12 mm de diamètre.
2) Lésion cartilagineuse : la photographie prise lors de l'arthroscopie reportée ci-dessus montre qu'il s'agit d'une perte complète du cartilage, de type avulsion. En effet, l'os sous-jacent est parfaitement visible.
3) Isolée : Il n'y a pas d'autre lésion du cartilage objectivable au moment de l'arthroscopie. Il n'y a pas de signe de maladie inflammatoire ou dégénérative.
4) Traumatique : l'aspect déchiqueté des bords, avec de nombreux angles aigus, prouve sans discussion possible le caractère traumatique de la lésion.
5) En pleine zone de charge : cette photographie est prise de face sur un genou plié. Nous examinons donc la zone de contact entre le tibia et le fémur lors de la mise en charge, à savoir lorsque le poids du corps s'exerce au maximum.
J'insiste sur le caractère traumatique de la lésion. La photographie prise lors de l'arthroscopie montre bien cette caractéristique. [...] »

Sur questions spécifiques, le Dr W._____ a exposé les éléments suivants :

« [...] 5. CAUSALITE ET ETAT ANTERIEUR :
5.1 EST-CE QUE L'ACCIDENT DU 1^{ER} AOUT 2009 EST UNE CAUSE AU MOINS PARTIELLE DES TROUBLES ACTUELS ? EN D'AUTRES TERMES PEUT ON ADMETTRE QUE SELON TOUTE VRAISEMBLANCE, LES TROUBLES EN QUESTION N'EXISTERAIENT PAS OU EXISTERAIENT DANS UNE MOINDRE MESURE, SI L'ACCIDENT NE S'[ETAIT] PAS PRODUIT ?

Oui, il faut admettre que l'accident du premier août 2009 est la cause des troubles actuels. Les troubles actuels n'existeraient pas si l'accident ne s'[était] pas produit.

Justification :

- l'assurée ne présente pas, de par son anamnèse, de facteurs de risque particulier, généraux ou de maladie du cartilage. [...]
- la patiente n'a jamais noté la présence d'épanchement dans le genou gauche.

- l'assurée est en bonne santé habituelle, ne présente pas de surpoids [...], et pratique une activité physique régulière, non à risque [...]. Elle travaille comme guichetière à V._____.
 - Un examen biologique standard réalisé quatre jours après l'accident ne révèle pas d'anomalie spécifique et, en particulier, ne met pas en évidence d'anomalie pouvant faire évoquer une maladie inflammatoire.
 - la chronologie des faits est clairement en faveur de l'origine traumatique de la lésion : Avant l'accident du premier août 2010 [recte : 2009], la patiente ne s'était jamais plainte de son genou gauche. Les signes cliniques apparaissent dans les suites immédiates du traumatisme. L'apparition, brutale, pour la première fois, et dans les suites immédiates de l'accident, d'un épanchement intra-articulaire signe l'apparition aiguë d'une pathologie du genou.
 - la morphologie de la lésion examinée lors de l'arthroscopie est clairement en faveur de l'origine traumatique de la lésion. L'aspect déchiqueté des bords associé à la morphologie de la lésion, à savoir un clapet signe l'origine traumatique. [...]
 - Le caractère isolé de la lésion est clairement en faveur de l'origine traumatique. En effet, l'absence de lésion associée du cartilage adjacent permet d'exclure une atteinte dégénérative globale, même débutante, du cartilage du genou, telle que l'on pourrait l'observer dans une arthrose débutante, ou une maladie inflammatoire par exemple.
- La causalité naturelle est donc prouvée dans ce cas.

Remarques concernant les autres diagnostics envisageables :

Remarque 1 : Présence d'une anomalie du cartilage fémoro-patellaire (entre le fémur et la rotule). Cette lésion existe. Mais son existence relève de mécanismes totalement différents car concernant une articulation différente de celle examinée dans cette expertise. Elle ne peut donc pas être prise en considération lors de l'étude de la lésion qui nous intéresse ici.

Remarque 2 : Osteochondritis dissecans. Ce diagnostic aurait pu être évoqué au vu du caractère unique de la lésion. Mais ce diagnostic ne peut pas être retenu pour les raisons suivantes. L'anamnèse de type traumatique n'est pas adéquate. L'imagerie par résonance magnétique n'est pas en faveur de celle-ci, ne mettant en particulier pas en évidence l'aspect classique en cloche dans l'os sous-chondral. De plus, l'aspect déchiqueté des bords n'est pas en faveur de ce type de lésion, d'aspect classique à l'emporte-pièce.

Remarque 3 : Etat arthrosique du genou, qu'il soit de type débutant ou avancé. Ce diagnostic ne peut pas ici être pris en compte. En effet, le type de lésion cartilagineuse n'est pas compatible avec ce diagnostic. Je rappelle que l'anamnèse, la description de la lésion [...] ainsi que le caractère unifocal vont totalement à l'encontre de ce diagnostic. [...].

5.2 DES FACTEURS EXTERIEURS JOUENT-ILS UN ROLE ? SI OUI, LESQUELS ET DANS QUELLE MESURE ? EN CAS DE REPONSE POSITIVE, A PARTIR DE QUEL MOMENT LE STATU QUO SINE (SITUATION IDENTIQUE A CELLE QUI AURAIT EXISTE AVANT L'ACCIDENT) A-T-IL ÉTÉ OU SERA-T-IL ATTEINT ?

Rôle des facteurs extérieurs :

Oui, des facteurs extérieurs jouent un rôle dans l'évolution la lésion traumatique du cartilage du genou de [l'assurée].

Le facteur principal est de type mécanique. Il s'agit de l'application du poids du corps au niveau de la lésion du cartilage.

[...]

La localisation de la lésion du cartilage joue un rôle dans le sens où la charge mécanique exercée au niveau de l'articulation n'est pas identique en tout point de l'articulation. Il y a des zones de faible importance, avec même, dans les zones les plus périphériques, un cartilage sans rôle mécanique. A l'inverse, le cartilage en zone de charge joue un rôle essentiel. Ce qui signifie que toute lésion du cartilage en zone de charge entraîne des conséquences graves, avec en particulier un risque d'arthrose nettement plus élevé que la moyenne. Dans le cas qui nous intéresse, la lésion est située en pleine zone de charge. Les conséquences sont donc redoutables, avec un risque élevé d'apparition d'une arthrose du genou (gonarthrose).

L'importance de la lésion du cartilage joue un rôle dans le sens où le cartilage est un tissu de l'organisme humain qui ne sait pas se réparer spontanément avec une restitution des qualités nécessaires. En effet, suite à une lésion du cartilage, il apparaît un tissu fibreux de réparation, mais dont les qualités sont bien inférieures à celles exigées. Ce phénomène est amplifié au niveau du genou en raison de l'importance des charges mécaniques exercées. Dans le cas qui nous intéresse, la lésion du cartilage est la plus sévère qui puisse exister car le cartilage a tout simplement totalement disparu. L'os du fémur est directement visible lors de l'arthroscopie. [...]

En conclusion, la lésion du cartilage décrite lors de l'arthroscopie permet d'affirmer que la lésion est grave de par son importance en surface (12 mm de diamètre), de par son importance en profondeur (disparition complète du cartilage, laissant l'os du fémur sans aucune protection) et enfin de par sa localisation, à savoir en pleine zone de charge condylienne.

Il s'agit d'une des lésions sinon la lésion traumatique la plus grave du cartilage du genou. Cette lésion est définitive. Le risque de survenue d'une arthrose à l'avenir est donc, en raison de cette lésion, particulièrement élevé. Il s'agit ici du point clé du dossier. [...]

Statu quo sine :

Le statu quo sine ne peut et ne pourra jamais être atteint.

Justification :

- la lésion du cartilage existe, comme l'imagerie réalisée sous arthroscopie le montre sans discussion possible.
- la gravité de la lésion du cartilage est prouvée de par son importance en surface (12 mm de diamètre), de par son importance en profondeur et enfin de par sa localisation, à savoir en pleine zone de charge condylienne.
- la réparation spontanée de la lésion ne peut se faire que par du tissu fibreux de mauvaise qualité mécanique. Ceci est un fait acquis scientifiquement.
- la lésion est donc définitive sans discussion possible puisque la réparation ad integrum est impossible.

6. UNE AMELIORATION DES TROUBLES ACTUELS POURRAIT-ELLE ETRE ATTEINTE PAR LA POURSUITE DU TRAITEMENT MEDICAL ? SI OUI, LEQUEL ET COMBIEN DE TEMPS CE TRAITEMENT MEDICAL DOIT IL ETRE POURSUIVI ?

Oui, une amélioration des troubles actuels peut être atteinte par la poursuite du traitement médical.

Le traitement médical comporte deux composantes.

Une composante de lutte contre la douleur.

Il s'agit de lutter contre les douleurs du genou en associant des médicaments antalgiques et par une physiothérapie ciblée de stabilisation musculaire du genou. Je fais remarquer qu'en raison des douleurs, [l'assurée] a cessé toute activité physique non indispensable. Ce qui signifie que le nécessaire entretien musculaire du genou n'est plus réalisé. Par ailleurs, la perte d'activité physique a entraîné un gain de poids de 5 kg, ce qui est hautement préjudiciable à l'évolution de la lésion du cartilage.

Une composante chirurgicale de réparation de la lésion du cartilage.

J'avais proposé le 11 février 2010 de réaliser une plastie en mosaïque au médecin conseil de la SUVA. La réponse faite le 25 mars 2010 à [l'assurée...] est négative. Cette décision se fonde, je cite, sur « la décision de la Commission fédérale des prestations et selon l'avis des médecins de notre Division médicale ».

[...]

7. PEUT ON ADMETTRE QUE LES TROUBLES ACTUELS SONT STABILISES ?

Non, on ne peut pas admettre que les troubles actuels sont stabilisés.

Justification :

- de par sa nature même, la lésion qui nous intéresse est définitive : le cartilage du condyle fémoral a été arraché par le traumatisme. L'organisme humain ne sait pas régénérer du cartilage articulaire. (La restitution ad integrum n'existe pas).

- de par la modification importante de la mécanique articulaire du genou due à la localisation de la lésion. La persistance des mouvements de l'articulation du genou, rendus disharmonieux, font et feront évoluer cette lésion.

- de par l'évolution biologique naturelle de cette lésion : il est scientifiquement acquis que cette lésion évolue spontanément vers un tissu fibreux de mauvaise qualité. Le risque d'évolution vers l'arthrose du genou (gonarthrose) est élevé.

- de par la persistance des douleurs du genou, signant la non stabilisation du problème.

- de par la non prise en charge chirurgicale de la lésion, qui fait perdre une chance d'amélioration de la situation chez une femme âgée de 44 ans.

8. AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES A FORMULER ?

[...] J'avoue avoir le plus grand mal à appréhender le ou les diagnostics retenus par le Dr. F. _____.

La nuance séméiologique entre la gonarthrose débutante ou un état préarthrosique m'échappe quelque peu.

Pouvons-nous, comme le fait le Dr. F. _____, utiliser le terme de gonarthrose ?

[...] L'anamnèse, celle d'un traumatisme récent, n'est pas en faveur d'une gonarthrose, même débutante. Il n'y a pas de signe clinique d'inflammation de l'articulation du genou. Je ne retrouve pas de signe biologique d'inflammation [...]. Les signes radiologiques classiques d'arthrose ne sont pas mentionnés par mon collègue. (A

ma connaissance, il n'y a pas eu d'examen radiographique du genou en charge, ni en incidence de schuss de réalisé). Ils ne sont pas retrouvés non plus par l'imagerie par IRM (IRM du genou du 07 août 2009). [...]

Les associations de critères de gonarthrose, retenus dans la littérature internationale, ne sont, a fortiori, pas retrouvées.

Le terme de gonarthrose ne peut donc pas être utilisé à la date du 18 octobre 2010. [...] »

La CNA a préavisé le rejet du recours en date du 25 mai 2011, considérant que la lésion chondrale mise en évidence auprès de la recourante n'était que possiblement en lien de causalité avec l'événement du 1^{er} août 2009 et que le statu quo sine vel ante devait être qualifié d'atteint au plus tard six mois après ledit événement, au demeurant mineur.

Ce faisant, elle s'est fondée pour l'essentiel sur l'appréciation - annexée à sa détermination - communiquée le 13 avril 2011 par sa Division de médecine des assurances, soit par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Les observations et conclusions de ce dernier sont libellées notamment en ces termes :

« [...] L'analyse du cas de [l'assurée] suscite tout d'abord certaines interrogations auxquelles il faudra tenter de répondre.

Premièrement, il faudrait essayer de comprendre pourquoi le traumatisme ensuite invoqué n'avait pas été signalé lors de la première consultation ni n'avait été évoqué lors de la demande d'examen IRM.

Deuxièmement il faudra essayer de définir où se trouve réellement la lésion cartilagineuse mise en évidence par le Dr W._____, puisqu'il l'a décrite une fois au niveau du compartiment interne (rapport opératoire) et les autres fois au niveau du compartiment externe, surtout en l'absence de correctum à ce propos dans son rapport d'expertise.

Après avoir tenté de répondre à ces premières interrogations, il faudra encore évaluer si la lésion cartilagineuse constatée est, selon les critères de vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'accident déclaré ou si elle est plutôt préexistante et d'origine dégénérative. Dans ce dernier cas de figure, il faudra encore évaluer si la lésion préexistante a pu être aggravée symptomatiquement ou structurellement, en d'autres paroles et dans le cas d'une lésion préexistante, si l'on pourra définir un statu quo sine dans les suites de l'accident déclaré ou s'il faudra retenir une aggravation déterminante du status morbide préexistant.

Accident du 1^{er} août 2009 :

A la première interrogation, donc de savoir pourquoi le traumatisme ensuite déclaré de manière précise n'a pas été évoqué lors des premières consultations, j'avoue ne pas avoir de réponse valide.

On peut simplement dire que la notion d'accident est apparue après résultat de l'IRM et que les rapports se référant aux consultations auparavant ou bien l'indication à l'examen IRM précisent de manière spécifique l'absence de contexte traumatique. [...]

Localisation de la lésion chondrale :

La deuxième interrogation concerne la localisation de la lésion chondrale constatée. Tous les rapports intermédiaires du Dr W. _____ parlent d'une lésion cartilagineuse en zone de charge du genou gauche. N'est jamais spécifié si la lésion est interne ou externe, ni si elle touche le condyle fémoral ou le tibia, ni finalement si elle est antérieure ou postérieure.

Si l'on s'en tient au rapport d'arthroscopie, force est de constater que cette lésion est localisée dans le descriptif au niveau du compartiment fémoro-tibial interne sur le versant condylien en zone de charge (donc centrale), tandis qu'elle est référée au niveau du condyle fémoral externe, toujours en zone de charge, dans les diagnostics de ce même rapport.

En se basant sur l'examen IRM, on peut fortement suspecter la présence d'un ménisque externe discoïde mais il existe également une irrégularité de la partie antéro-médiale du condyle externe [...] compatible avec une lésion chondrale.

La qualité réduite des images arthroscopiques fournies, comme elles ont été transmises en copie, ne permet pas d'être plus conclusif. [...] Considérant le rapport final du Dr W. _____ qui parle d'une concomitance spatiale de la lésion chondrale et du ménisque discoïde, je pencherais donc plutôt pour une localisation externe de la lésion, surtout en confrontant les éléments d'écriture aux images IRM. [...]

Lien de causalité entre accident et lésion chondrale constatée :

Les interrogations clarifiées au mieux sur base des éléments à disposition, intéressons-nous maintenant de savoir si, selon des critères de vraisemblance prépondérante, la lésion cartilagineuse du condyle fémoral externe en zone de charge est d'origine traumatique ou malade, se rappelant que les lésions cartilagineuses isolées, même profondes, sans fracture osseuse associée, n'entrent pas dans la liste exhaustive des lésions pouvant être assimilées à un accident (cf. OLAA art. 9 al. 2.a « Knochenbrüche »).

[...] L'arthrose ne peut donc être considérée, au contraire d'une arthrite inflammatoire, comme une maladie articulaire mais doit plus être considérée comme une réponse, certes d'efficacité modérée, au vieillissement et à la dégénérescence des tissus amorphes articulaires (cartilage et structures méniscoïdes principalement).

Lorsqu'on est en présence d'une lésion cartilagineuse, on se trouve donc bien devant une situation de préarthrose, ou, si l'on préfère, d'une lésion à potentialité arthrogène.

Bien qu'il s'en défende, le Dr W. _____ ne pense pas autrement, puisqu'il estime que la lésion chondrale constatée chez l'assurée évoluera certainement vers une dégénérescence arthrosique. [...]

Spécifiquement pour la gonarthrose, on considère comme principaux facteurs prédisposant le sexe féminin, les défauts d'axe de charge, le surpoids et les antécédents traumatiques. [...]

Cas spécifique de [l'assurée] :

[...] Si l'on se réfère aux données anamnestiques fournies dans l'indication à l'IRM, à savoir des sensations de blocage et de douleurs au compartiment externe, telle symptomatologie est tout à fait compatible avec une évolution dégénérative du cartilage. En effet, si le processus amenant à une lésion chondrale grave est évolutif, la symptomatologie peut être réduite voire nulle jusqu'à ce qu'il existe un obstacle mécanique. Le décollement d'une partie de cartilage, respectivement la formation d'un lambeau pédiculé, comme c'est le cas chez [l'assurée], peut expliquer une apparition ponctuelle et aiguë de la symptomatologie, sans qu'il soit besoin d'évoquer pour cela un traumatisme. Cette symptomatologie peut être d'autant plus aiguë si la lésion se trouve à un point de friction marqué, en particulier au niveau de la zone de charge, c'est-à-dire dans la zone d'appui maximal lorsque le genou est en extension. On se rappellera à ce propos que la localisation retenue pour la lésion chondrale chez [l'assurée] est justement en zone centrale (synonyme de zone de charge).

Si l'on prend en considération la dynamique de l'accident subi le 1^{er} août 2009, on peine quelque peu à comprendre comment le traumatisme référé aurait provoqué une lésion chondrale isolée dans la zone décrite. Comme déjà dit, le cartilage présente une forte cohésion à l'os sous-chondral. De plus, bien qu'amorphe, il s'agit d'une structure mécaniquement très résistante avec de hautes propriétés de résistance fibro-élastique à la compression ou à la torsion. Sans atteinte dégénérative sous-jacente, il faut donc, comme déjà dit, considérer qu'une lésion cartilagineuse traumatique est accompagnée d'une lésion osseuse concomitante.

Globalement, les deux mécanismes pouvant porter à une lésion osseuse sont une compression ou une torsion,

Lorsqu'il existe une compression axiale, l'os est atteint de manière claire en concomitance avec le cartilage. A la suite de l'impaction, soit il existe une fracture franche, correspondant au locus minoris resistentiae osseux, soit, dans les cas moins graves, une simple contusion de l'os, des stades intermédiaires étant naturellement possibles, comme une impaction osseuse sans fracture franche. Considérant un mécanisme d'impaction, on peut retenir comme pratiquement nulle la possibilité d'une lésion isolée du cartilage. L'assurée ne réfère du reste pas un traumatisme axial pouvant expliquer une lésion chondrale de ce type.

Le choc direct référé, d'abord sur la rampe puis sur la marche d'escalier, ne peut en effet pas expliquer une lésion cartilagineuse focale en zone centrale mais pourrait seulement expliquer une lésion de tel type au niveau de l'impact, c'est-à-dire en dehors de la zone de charge centrale qui n'est pas accessible de manière isolée par un traumatisme direct de type contusif, quel que soit le degré de flexion du genou considéré.

Reste la possibilité qu'un traumatisme distorsif ait pu provoquer la lésion chondrale. Si ce mécanisme est possible, surtout au niveau de la zone de charge ou les contraintes de cisaillements sont marquées, il est tout à fait douteux qu'une atteinte chondrale résultant d'un traumatisme distorsif capable de léser le cartilage ne s'accompagne d'aucune lésion ligamentaire. On rappellera à ce propos qu'en cas

de traumatisme de type distorsif, les premières structures touchées, avec ou sans atteintes ligamentaires concomitantes, sont les ménisques, structures stabilisatrices et amortissantes du genou. Si l'on se base donc sur les éléments mécanistiques déduits de l'anamnèse traumatique fournie par l'assurée, on ne peut conclure avec vraisemblance prépondérante à une origine traumatique de la lésion constatée.

Éprouvons maintenant le lien de causalité entre accident et lésion chondrale diagnostiquée du point de vue de l'imagerie (IRM et images arthroscopiques). Comme il a été dit, lorsque le cartilage est sain, une lésion chondrale isolée correspond en réalité à une fracture dite ostéochondrale, le plan de clivage ou de fracture se trouvant au niveau de l'os sous-chondral. Dans ces conditions et puisqu'il y a fracture dans une zone vascularisée, on est en droit de s'attendre à retrouver sur l'examen IRM, surtout si effectué moins d'une semaine après le traumatisme, une traduction de cette atteinte sous-chondrale soit sous forme d'hématome localisé, soit sous forme d'œdème réactionnel (bone bruise).

Comme l'apparition de ces atteintes sur l'IRM en conséquence du traumatisme osseux apparaissent de manière presque immédiate et peuvent persister plusieurs mois, l'absence d'altérations claires constatées sur l'IRM du genou effectuée le 7 août 2009 parle contre une atteinte traumatique récente, sans considérer au surplus l'absence d'autres lésions de type ligamentaire ou méniscal qui font déjà résulter peu probable une atteinte traumatique ostéo-cartilagineuse relevant en conséquence de l'accident du 1^{er} août 2009.

Les images arthroscopiques nous montrent (fort mal à vrai dire), une atteinte cartilagineuse isolée, ce qui par définition ne correspond pas à une fracture ostéochondrale. L'argument selon lequel l'os est touché puisqu'il est visible n'est pas soutenable puisque, comme on l'a vu, l'exposition de l'os sous-chondral correspond seulement au stade évolutif ultime d'une chondropathie dégénérative. Quant à la morphologie de la lésion, il a déjà été expliqué qu'on ne peut préjuger de l'étiologie en fonction de l'aspect. La meilleure preuve de cette appréciation est qu'aucune des nombreuses classifications d'atteinte chondrale ne différencie une étiologie traumatique versus dégénérative selon la morphologie de la zone chondrale endommagée, sauf si l'on est en présence d'une fracture ostéochondrale claire avec alors, comme diagnostic différentiel étiologique de la lésion un traumatisme, une ostéochondrite disséquante ou une nécrose sous-jacente.

A ce stade de la discussion, il est loisible de se demander pourquoi [l'assurée] aurait développé une lésion chondrale sans le traumatisme invoqué, puisqu'aussi bien le Dr W. _____ a considéré l'absence de facteurs de risque pour une pathologie de telle entité comme un argument princeps de l'origine traumatique de la lésion chondrale diagnostiquée.

[...] Ayant exclu les facteurs de risque classiques communs à la population générale, le Dr W. _____ a en revanche omis d'en évoquer un beaucoup plus spécifique au cas de [l'assurée] et maintes fois reconnu dans la littérature médicale, à savoir l'augmentation des lésions de chondropathie en zone de charge condylienne lorsqu'est présent un ménisque discoïde [...]. En effet, en présence d'un ménisque discoïde complet, il n'existe plus un contact direct entre le condyle fémoral et le plateau tibial, ni en périphérie (comme c'est la norme dans un genou normal), ni au

niveau central. Cette interposition méniscale a donc pour corollaire une hyperpression centrale localisée. Pour cette raison, les ménisques discoïdes, que l'on retrouve plus fréquemment chez les personnes de sexe féminin et de manière pratiquement exclusive au niveau du compartiment externe, sont souvent symptomatiques de manière précoce, à savoir à l'adolescence, ceci, avec ou sans déchirure. En effet, dans ces conditions, le ménisque, en lui-même non innervé sauf au niveau de son attache capsulaire périphérique, est pris comme dans un pince au niveau de la zone de charge fémoro-tibiale et les cisaillements et tractions exercées sur le ménisque provoquent une symptomatologie douloureuse au niveau des attaches méniscales. Cependant, tous les ménisques discoïdes ne sont pas symptomatiques de manière précoce, ceci car il existe différents types de ménisques discoïdes et peut-être également parce qu'en compensation de l'épaisseur du ménisque discoïde, il existe souvent une hypoplasie du condyle fémoral, avec pour corollaire une diminution des forces de cisaillement sur le ménisque en zone de charge.

Si le ménisque discoïde ne provoque donc pas toujours une symptomatologie précoce à l'adolescence, il finit toutefois le plus souvent par être source de problèmes, la conformation non physiologique portant soit à une lésion de la surface méniscale en zone de charge (avec ensuite obstacle mécanique), soit à une lésion chondrale fémorale centrale [...]. L'étiopathogénie exacte de la lésion chondrale n'est pas complètement éclaircie mais on évoque la possibilité d'une nutrition inadéquate du cartilage et donc d'une sénescence accélérée à cause du syndrome d'hyperpression consécutif à l'interposition méniscale.

Dans le cas spécifique de [l'assurée], il est donc tout à fait erroné d'affirmer qu'il n'existe pas de facteurs de risque pour le développement d'une chondropathie localisée en zone de charge du condyle fémoral externe puisqu'il en existe une, patente, à savoir la présence d'un ménisque discoïde latéral complet.

Puisqu'il existe clairement un facteur prédisposant de nature morbide et qu'il existe peu d'éléments pour une atteinte traumatique isolée du cartilage du condyle fémoral externe en zone centrale, on doit donc conclure que la lésion chondrale constatée n'est que possiblement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} août 2009 et même, au vu des considérations sus-émises, que la probabilité d'une origine traumatique doit être considérée comme tout à fait réduite.

Reste à savoir si cette lésion très probablement dégénérative a pu être aggravée structurellement et de manière déterminante par l'accident du 1^{er} août 2009. Comme expliqué, la symptomatologie présentée aurait tout à fait pu survenir de manière spontanée et aiguë respectivement sans traumatisme. S'agissant d'une chondropathie de grade IV, n'importe quel mouvement non accidentel pouvait entraîner un décollement et un déplacement du cartilage présentant des fissures profondes. Il est tout à fait possible toutefois que l'accident décrit, que l'on peut considérer comme mineur vu ce qui a été expliqué, ait pu rendre symptomatique une lésion déjà présente. On peut même évoquer la possibilité que l'événement traumatique ait pu causer un décollement plus précoce du lambeau cartilagineux que ce qui serait arrivé sans traumatisme. Ceci n'est naturellement qu'une supposition qui n'est soutenue par aucun argument morphologique mais uniquement par un raisonnement post hoc ergo

propter hoc et qui n'empêche absolument pas de définir un statu quo sine considérant que, vu la gravité des lésions dégénératives préexistantes de nature morbide, l'évolution à court ou moyen terme aurait de toute façon été la même, avec ou sans traumatisme concomitant.

J'estime donc adéquat, comme l'a préconisé le Dr F._____, d'accepter la prise en charge de l'arthroscopie et de ses suites et de définir un statu quo sine atteint à six mois d'évolution d'un accident avec traumatisme contusif simple du genou gauche sans lésions structurelles d'origine traumatique probable mises en évidence.

Conclusions

Pour autant qu'il ait eu lieu dans les conditions reportées, le traumatisme accidentel présenté par [l'assurée] le 1^{er} août 2009 n'est pas à même d'expliquer, selon les critères de vraisemblance prépondérante, la présence d'une lésion chondrale isolée du condyle fémoral externe en zone de charge.

A contrario, il existe une étiologie probable pour expliquer cette lésion, à savoir la présence concomitante d'une malformation méniscale de type discoïde.

En l'absence de lésions traumatiques décelées en conséquence de l'accident référé du 1^{er} août 2009, même en présence d'une lésion dégénérative préexistante, on peut conclure à un statu quo sine certainement rejoint à six mois d'évolution, l'intervention arthroscopique effectuée n'ayant pas entraîné de complications pouvant justifier un prolongement de la prise en charge. »

Par réplique du 31 octobre 2011, la recourante a pour l'essentiel réfuté les développements du Dr P._____ et estimé que ce document était dénué de toute valeur probante, en se référant à un avis complémentaire du Dr W._____, daté du 15 octobre 2011. Ce dernier a considéré en substance que l'ensemble des arguments invoqués par le Dr P._____ pour nier l'origine traumatique des symptômes présentés par l'assurée ne pouvaient s'appliquer en l'occurrence, concluant son analyse ainsi :

« [...] En conclusion, le Dr P._____ tente d'appliquer à un individu des notions statistiques pour tenter de démontrer l'absence de relation entre la lésion et le traumatisme. Pour une personne donnée, les statistiques n'existent pas : une lésion existe ou elle n'existe pas. Elle ne peut pas exister à un pourcentage partiel. Je n'insiste pas sur l'usage dévoyé des classifications morphologiques ni sur les considérations biomécaniques par trop générales et non appliquées à [l'assurée].

Les faits sont en faveur d'une origine traumatique de la lésion du cartilage. »

S'agissant de la relation entre la malformation méniscale et la lésion du cartilage, le Dr W._____ s'est exprimé comme suit :

« [...] Le Dr P. _____ évoque la responsabilité de la malformation méniscale dans l'apparition de la lésion cartilagineuse.

Il cite comme argument princeps l'article de Ding (op.cit.). Or, le titre même n'est pas adéquat avec le problème de [l'assurée]. L'étude concerne les ménisques discoïdes symptomatiques. Il suffit de lire mon expertise pour savoir que [l'assurée] n'a jamais eu de problème au genou avant l'accident. Il faut rester concentré sur le problème de la patiente. [...]

Je me vois contraint, une fois de plus, de m'opposer à une généralisation pseudo-statistique du confrère. Il écrit à la page 12, « Il [ménisque discoïde] finit toutefois le plus souvent par être source de problème ». Je ne connais pas les études prospectives qui permettent d'affirmer cette notion. Pour mon intérêt personnel, j'aimerais en être informé. Si tant est que de telles études existent, la notion qui apparaît sous la plume même de l'auteur incite à la prudence : « le plus souvent » ne signifie pas systématiquement. La nature se caractérise par la diversité...

On ne peut nier l'existence d'une relation de causalité, dont la force ne fait l'objet d'aucun consensus, entre ménisque discoïde et lésion du cartilage. Mais le Dr P. _____ évoque la possibilité d'une apparition spontanée des signes cliniques par « n'importe quel mouvement non accidentel » pour une « chondropathie de garde IV ». Je n'ai pas constaté, en examinant personnellement lors de l'arthroscopie, le cartilage, de lésion de grade IV. En effet, le grade IV de Béguin et Locker ne mentionne pas la présence du cartilage au-dessus de l'os sous-chondral mis à nu. L'utilisation du terme de grade IV est abusive en présence du cartilage décollé au dessus de l'os.

Il faut revenir à la réalité des faits.

Il existe certes un ménisque discoïde chez [l'assurée]. Mais la présence concomitante d'une malformation n'est pas synonyme de responsabilité de celle-ci. Deux éléments peuvent coexister sans avoir pour autant de relation de cause à effet.

Comment évoquer une lésion dégénérative préexistante à l'accident sans le moindre argument clinique ou anamnestique ?

Pourquoi évoquer une origine méniscale à la lésion du cartilage alors que la douleur apparaît dans les suites d'un traumatisme ?

Comment parler de statu quo sine alors qu'il est admis de consensus international que le tissu de réparation des lésions de cartilage ne présente pas les caractéristiques biomécaniques du cartilage ?

Il faut rester attaché aux faits. Il ne faut pas tenter de faire dire aux statistiques ce qu'elles ne disent pas et surtout ne peuvent pas dire.

Les signes au niveau du genou sont apparus dans les suites immédiates d'un traumatisme et l'examen de visu des lésions révèle un caractère traumatique.

Il est ainsi prouvé que la lésion du cartilage est consécutive au traumatisme du genou de [l'assurée]. »

La courante a par ailleurs requis la prise en charge des frais d'expertise assumés par ses soins auprès du Dr W. _____, à hauteur de 4'500 fr., par le biais de l'allocation de dépens, maintenant au surplus ses précédentes conclusions.

Par écriture du du 6 janvier 2012, l'intimée a persisté dans ses précédentes déterminations, s'appuyant sur un nouvel avis du Dr P._____, établi le 23 novembre 2011. Ce praticien a précisé ne pas avoir exclu l'origine traumatique des troubles présentés par l'assurée, mais avoir considéré celle-ci comme « peu vraisemblable » au vu des éléments pris en compte dans son avis du 13 avril 2011, singulièrement « à cause d'une incompatibilité entre le traumatisme décrit et la localisation condylienne externe centrale de la lésion. » En outre, la CNA a souligné que les rapports du Dr W._____ ne pouvaient être qualifiés d'« expertises » au sens de la jurisprudence fédérale à cet égard, la mission du médecin traitant ne consistant précisément pas à porter une évaluation objective de l'état de santé de son patient. Elle a par ailleurs relevé que des mesures d'instruction supplémentaires ne se justifiaient pas, proposant enfin le rejet de la conclusion de la recourante en vue de l'octroi de dépens.

Le juge instructeur a informé les parties en date du 21 juin 2012 de sa décision de mettre en œuvre une expertise judiciaire destinée à déterminer l'existence d'un lien de causalité entre les symptômes allégués _____ au-delà _____ du 19 juillet 2010 et l'accident du 1^{er} août 2009, ensuite de quoi tant la CNA que la recourante ont soumis leurs questionnaires respectifs à l'attention de l'expert à désigner.

Après plusieurs refus de différents spécialistes, le mandat a finalement pu être confié au Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, médecin-chef au sein du Centre médical B._____, lequel a procédé à l'examen clinique de l'assurée en date _____ du 31 janvier 2014 et établi le rapport corrélatif le 31 mars 2014. Au terme dudit examen et de l'analyse du dossier radiologique, l'expert a retenu les diagnostics suivants, compte tenu de l'anamnèse et des plaintes alléguées par la recourante :

- Status après contusion du genou gauche du 1.8.2009 :
Lésion cartilagineuse du condyle fémoral probablement externe ;
Ménisque discoïde externe genou gauche ;
Gonalgies gauche persistantes ;
Genoux normoaxés ;
- Hypermobilité articulaire bénigne ;
- Surcharge pondérale.

Il a par ailleurs communiqué ses observations et conclusions en ces termes :

« [...] Nous constatons à l'issue de la présente expertise l'apparition d'une question fortement pertinente : est-ce que le traumatisme subi par [l'assurée] est suffisant pour engendrer une lésion cartilagineuse comme décrite ? Tous les acteurs - tant le Dr W. _____ dans son rapport opératoire et son expertise que le Dr P. _____ dans son rapport du 13.4.2011 (p.10) - sont d'accord pour situer la lésion en zone de charge, et je cite le Dr P. _____ qui définit la zone de charge comme étant la « zone d'appui maximal lorsque le genou est en extension. » En se référant à la description et une étude détaillée de l'IRM, c'est le compartiment externe qui semble être plus probable comme localisation de la lésion lors de l'expertise.

Quand [l'assurée] chute dans les escaliers, en perdant l'équilibre, « elle prend la rampe à gauche et pivote sur elle-même, lâchant en même temps sa corbeille et elle heurte le genou gauche à la rampe. Le choc devait être assez violent, car elle ressent une décharge électrique et tombe par terre. » Assez rapidement un épanchement se forme, confirmé cliniquement de même que sur l'IRM témoignant d'une lésion intra-articulaire : mais la nature n'y est pas donnée. Les images de l'IRM ne permettent pas de montrer une atteinte osseuse traumatique, comme nous le notons dans le dossier radiologique, mais une lésion cartilagineuse est visible, difficile à dater avec certitude [...].

Cette lésion, « bone bruise », correspond comme noté ci-dessus à un œdème dans la moelle osseuse témoignant du traumatisme et apparaît rapidement sur les images, et devrait être visible en IRM. Nous avons donc des arguments tant pour que contre une lésion traumatique, même si les arguments pour la lésion sont plutôt faibles, vu que la force qui aurait été nécessaire pour détacher le fragment qui a mis à nu l'os sous-chondral dans le cadre d'un cartilage sain est considérable. En effet dans des cas traumatiques de séparation de cartilage, celle-ci a lieu au niveau de la jonction entre le cartilage calcifié et non-calcifié, probablement à cause de l'important changement en rigidité dans cette jonction, ce qui aurait dû se traduire en IRM par une image.

Concernant la lésion vue sous l'arthroscopie (cf. les photos fournies par le Dr W. _____ montrant une lésion pédiculée et une lésion chondrale profonde, avec l'os au fond de la lésion), il note dans son expertise que la forme de la lésion permet de statuer sur son origine traumatique. Nous l'avons vu dans l'argumentaire que ce n'est pas vrai. En effet, la forme ne nous permet pas de juger si la lésion est secondaire à une lésion traumatique, ou purement de l'usure

(chondropathie dégénérative). Sa localisation unique n'est non plus un argument qui permet d'affirmer son origine traumatique.

Quels facteurs avancés par le Dr P. _____ pourraient favoriser une origine dégénérative ? Dans l'argumentaire scientifique, nous trouvons toutes les circonstances pouvant amener un affaiblissement du cartilage. Mais [l'assurée] n'a pas de défaut d'axe, elle n'est pas obèse - une surcharge pondérale est actuellement notée ce qui aurait peut-être augmenté très faiblement l'incidence (< 2%). Mais au moment de l'accident elle n'a pas de surcharge (IMC à 22.9 kg/m² selon le rapport du Dr W. _____ du 8.12.2010), ainsi ce facteur n'intervient pas. Elle n'a pas d'antécédents d'arthropathie inflammatoire, pas de facteur inflammatoire dans le laboratoire fait en urgence, pas de signe de chondrocalcinose, ainsi nous n'avons que le sexe féminin comme facteur favorisant les troubles dégénératifs.

Mais ces lésions devraient être plus diffuses, au lieu de ponctuelles comme dans le cas présent.

Est-ce que maintenant le ménisque discoïde pourrait influencer cette apparition, comme le montre le Dr P. _____ dans son avis. [...]

Ainsi, nous devons constater que [l'assurée] devait présenter un cartilage plus fragile, secondairement à la présence de son ménisque discoïde, et ainsi le traumatisme subi par elle n'a fait qu'aggraver un état préexistant au niveau cartilagineux (fragilité du cartilage avec un cartilage de moins bonne qualité) où le traumatisme a suffi pour léser le cartilage.

Le traumatisme a été le facteur décompensant aigu de cette situation.

REPONSES AUX QUESTIONS :

LIEN DE CAUSALITE NATURELLE ENTRE LES TROUBLES SUBIS ACTUELLEMENT PAR [L'ASSUREE] ET L'ACCIDENT DU 1^{ER} AOUT 2009.

Il y a une causalité naturelle entre l'apparition de la lésion constatée et le traumatisme, mais son étendue a été rendue possible par un état préexistant, rendant ainsi la prise en charge limitée dans le temps. Ainsi c'est la présence d'un ménisque discoïde qui influence en fragilisant le cartilage et le traumatisme crée ainsi une lésion plus étendue qu'attendue. »

Sur requête du juge instructeur du 4 avril 2014, l'expert a produit le 9 avril 2014 un rapport complémentaire répondant spécifiquement aux questions des parties, à savoir notamment :

« [...] **Questionnaire de Maître Monnard Séchaud**

[...] 5) Causalité et état antérieur

a. l'accident du 1^{er} août 2009 est-il [la] cause, au moins partielle, des troubles actuels ? En d'autres termes, peut-on admettre que, selon toute vraisemblance, les troubles en question n'existeraient pas ou existeraient dans une moindre mesure, si l'accident ne s'était pas produit ?

i. Non. Le traumatisme n'a fait que relever un état préexistant.

b. des facteurs extérieurs jouent-ils un rôle ? si oui, lesquels et dans quelle mesure ? en cas de réponse positive, à partir de quel moment le statu quo sine (situation identique à celle qui aurait existé avant l'accident) a-t-il été ou sera-t-il atteint ?

i. Oui. C'est le fait d'avoir un ménisque discoïde qui a décompensé la situation sous-jacente. Notons qu'un traumatisme capable de créer une telle lésion, sans laisser de trace sur une IRM faite dans les 1ères semaines, n'existe pas [...].

ii. Le statu quo sine est atteint après 6 mois.

c. existe-t-il une relation de causalité entre ménisque discoïde et lésion du cartilage ?

i. Oui. [...].

6) Une amélioration des troubles actuels pourrait-elle être atteinte par la poursuite du traitement médical ? Si oui, lequel et combien de temps ce traitement médical doit-il être poursuivi ?

a. non

7) Peut-on admettre que les troubles actuels sont stabilisés ?

a. sur le plan accidentel oui, mais sur le plan médical, les lésions vont évoluer vers une arthrose.

8) comment vous déterminez-vous par rapport aux conclusions de l'expertise médicale du Dr W. _____ du 15.10.2011 ?

a. les conclusions concernant les arguments pour décrire la lésion comme d'origine traumatique par sa forme ne sont pas valables (cf. argumentaire scientifique), tout comme le manque de description de l'imagerie radiologique permettant d'exclure une lésion contusionnelle si profonde, affectant le cartilage.

9) les experts ont-ils d'autres remarques à formuler ?

a. Non

Questionnaire SUVA

1) La lésion cartilagineuse constatée (chondropathie en zone de charge condylienne stade II avec clapet) est-elle selon les critères de la vraisemblance prépondérante une conséquence de l'accident du 1^{er} août 2009 ou est-elle plutôt préexistante et d'origine dégénérative ?

a. Elle est, comme décrite dans la discussion de l'expertise, d'une origine préexistante et dégénérative décompensée par la contusion.

2) Si elle est préexistante, a-t-elle aggravé de manière déterminante ou passagère l'état antérieur ?

a. De manière passagère.

3) En cas d'aggravation passagère, confirmez-vous que le statu quo sine était atteint au plus tard 6 mois après l'événement du 1^{er} août 2009 ? Pourquoi ?

a. Oui, vu qu'après la situation se stabilise et que les douleurs résiduelles sont à imputer aux troubles dégénératifs.

[...]

5) En l'absence de mesures thérapeutiques, le cas est-il stabilisé ? A partir de quand ? Exigibilité ? Indemnité pour atteinte à l'intégrité ?
a. sur le plan accidentel, la situation est stabilisée depuis le 1.2.2010.
[...]

7) existe-t-il des facteurs de risque pour le développement d'une chondropathie localisée en zone de charge du condyle fémoral externe ? Notamment qu'en est-il d'un ménisque discoïde latéral complet ?
a. les facteurs de risque de développement d'une chondropathie sont développés dans l'argumentaire scientifique, mais le facteur principal reste le ménisque discoïde. [...] »

Les parties ont eu l'opportunité de se déterminer sur les rapports du Dr K._____, l'intimée ayant constaté par écriture du 5 mai 2014 que ce spécialiste rejoignait ses propres conclusions quant au retour au statu quo sine six mois après l'événement incriminé.

Quant à la recourante, elle a fait part de sa position le 1^{er} septembre 2014, critiquant l'expertise réalisée par le Dr K._____ en se fondant sur une appréciation du Dr W._____ du 20 juillet 2014, jointe en annexe, et concluant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire faute de pouvoir conférer pleine valeur probante à celle du Dr K._____. Le Dr W._____ a considéré, dans ladite appréciation, que les diagnostics posés par l'expert ne pouvaient être retenus, au motif de contradictions dans les constats relatés et du caractère à son sens incomplet des examens effectués. Il a par ailleurs fait état de plusieurs contradictions qui seraient contenues dans le commentaire de l'imagerie, tel que rapporté par le Dr K._____, et estimé que la littérature scientifique citée n'était pas en adéquation avec le cas particulier de l'assurée, ce qui déniait de son point de vue toute pertinence aux conclusions de l'expert.

Le Dr K._____ s'est exprimé sur les griefs précités dans une correspondance du 25 septembre 2014, concédant que le diagnostic de « gonalgie gauche persistante » relevait davantage du registre des symptômes et que celui de « gonalgie gauche persistante secondaire à la lésion du condyle fémoral externe » semblait plus approprié. Relativement

au diagnostic de « hypermobilité articulaire », il a persisté à prendre en compte cette affection au vu de ses constats cliniques contredisant les remarques du Dr W._____. Il a par ailleurs maintenu la teneur de son analyse de l'imagerie radiologique en l'absence de « réaction au niveau osseux » consécutive au traumatisme, ainsi que le lien entre la lésion cartilagineuse diffuse et le ménisque discoïde au vu de la littérature scientifique sur le sujet.

L'intimée a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler suite aux explications communiquées par le Dr K._____, par pli du 28 octobre 2014.

La recourante a derechef conclu à la mise en œuvre d'une seconde expertise judiciaire et requis la participation d'un juge assesseur médecin à la composition de la Cour au terme d'une écriture du 19 novembre 2014, à laquelle elle a joint un avis supplémentaire du Dr W._____, émis le 12 novembre 2014. Ce dernier a pour l'essentiel persisté dans ses critiques à l'égard de l'expertise du Dr K._____ et, s'agissant de l'analyse de l'imagerie radiologique, conclu en ces termes :

« [...] L'analyse des images par mon confrère est donc faite en connaissant le diagnostic correct. Ce qui est souvent aisé, mais toujours biaisé.

Il faut rester simple. Lors de l'intervention, je ne constate pas de lésion du ménisque. Il ne présente qu'une malformation. Le cartilage est également intact à l'examen visuel direct. Il faut donc comprendre pourquoi ce genou est douloureux. Je décide donc de palper le cartilage avec un crochet. A ma surprise, une plaque de cartilage peut alors être soulevée. Ceci permet de poser le diagnostic correct.

L'œil et la main du chirurgien l'emportent toujours sur les images. [...]

En conclusion, les éléments apportés par mon confrère ne sont pas de nature à modifier les conclusions de mon travail. La lésion du condyle fémoral est due au traumatisme. »

E n d r o i t :

1.

1.1 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 sous réserve de dérogations expresses (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 tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 19 juillet 2010, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant à compter de cette date et l'événement du 1^{er} août 2009.

Dans ce contexte, il conviendra essentiellement de se prononcer sur la valeur probante des différentes pièces médicales versées au dossier, soit des avis étayés du chirurgien traitant de l'assurée et du médecin d'arrondissement de l'intimée, ainsi que de l'expertise judiciaire diligentée par la Cour de céans.

2.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1).

2.2 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que

l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

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_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas

l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

2.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

3. Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

3.1 L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise

judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

3.2 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

3.3 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

3.4 L'on ajoutera qu'en matière d'assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4. In casu, ont été notamment versés au dossier de la recourante les avis particulièrement détaillés de deux spécialistes en chirurgie orthopédique, à savoir du Dr W._____, en sa qualité de médecin traitant, et du Dr P._____, employé de la Division de médecine des assurances de l'intimée, lequel est venu appuyer et largement préciser la précédente appréciation de son confrère, le Dr F._____.

Si les médecins précités ont convergé en matière diagnostique en retenant en définitive une « lésion cartilagineuse du condyle fémoral externe en zone de charge » susceptible d'expliquer la symptomatologie douloureuse présentée par l'assurée, l'étiologie de cette problématique a fait l'objet de multiples discussions spécialisées.

S'agissant du Dr W._____, il a conclu, aux termes de ses rapports des 2 septembre 2009, 1^{er} juin 2010, 8 décembre 2010 et 15 octobre 2011, à une origine traumatique - à son sens incontestable - du fait de l'événement survenu le 1^{er} août 2009.

Quant au Dr P._____, il a estimé en date du 13 avril 2011 que le ménisque discoïde observé auprès de la recourante était, au degré

de la vraisemblance prépondérante, la cause probable de la lésion incriminée. Il s'est rallié au surplus à l'appréciation du Dr F. _____ du 18 octobre 2010 pour considérer que l'événement du 1^{er} août 2009 avait probablement aggravé passagèrement la situation et que le statu quo sine avait été atteint au plus tard six mois après l'accident en cause.

Dans ce contexte, comme le souligne à juste titre la CNA dans son écriture du 6 janvier 2012, les rapports du Dr W. _____ ne sauraient être élevés au rang d'« expertises » étant donné sa qualité de médecin traitant. Cela étant, ses explications ont suffi à faire douter de l'appréciation extrêmement fouillée et a priori convaincante du Dr P. _____ en lien avec l'origine éventuellement traumatique des symptômes présentés par la recourante au-delà du 19 juillet 2010.

En présence d'avis spécialisés diamétralement opposés, il ne fait pas de doute qu'une expertise supplémentaire, conduite sous l'égide de la Cour de céans, se justifiait au regard de la jurisprudence rappelée supra sous considérant 3.1, ainsi d'ailleurs que le requérait à bon droit l'assurée à l'issue de son acte de recours du 7 janvier 2011.

En revanche, compte tenu de la teneur de l'expertise réalisée par _____ le Dr K. _____ le 31 janvier 2014, l'on ne voit pas dans quelle mesure une nouvelle expertise judiciaire, telle que réclamée par la recourante en date des 1^{er} septembre 2014 et 19 novembre 2014, serait susceptible d'apporter un éclairage nouveau ou différent de sa situation.

Cette conclusion s'impose au vu des observations consignées par _____ le Dr K. _____ dans son rapport du 31 mars 2014, complété le 9 avril 2014, tandis que l'on dispose désormais de trois avis convergents eu égard à l'origine probable des symptômes affectant l'assurée, soit ceux des Drs F. _____ et P. _____ en sus de celui de l'expert (cf. également considérant 5 ci-après).

Il apparaît ainsi manifestement superflu d'administrer d'autres mesures d'instruction, la cause pouvant être tranchée par la Cour de céans en se fondant sur les éléments présentant un degré de vraisemblance prépondérante, ainsi que le permet la jurisprudence fédérale citée plus haut sous considérant 3.4.

La requête de complément d'instruction sous forme d'une seconde expertise judiciaire, formulée par l'assurée dès septembre 2014, doit en conséquence être rejetée. Il n'y a pas non plus lieu de procéder à l'audition du Dr W._____, celui-ci ayant eu la possibilité de se prononcer à réitérées reprises par écrit au cours de la procédure.

5. Il convient à ce stade de relever que le rapport d'expertise judiciaire du Dr K._____, établi le 31 mars 2014 et complété le 9 avril 2014, ainsi que le 25 septembre 2014, remplit à l'évidence la totalité des réquisits jurisprudentiels, de sorte que l'on ne voit aucune raison de lui dénier pleine valeur probante.

Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations fouillées de la situation médicale de l'assurée, non sans avoir procédé à un examen clinique méticuleux. Il a par ailleurs opéré une analyse complète des pièces du dossier et, plus particulièrement, des précédentes appréciations de ses confrères spécialistes. Il a discuté l'ensemble des diagnostics évoqués en l'espèce, tout en prenant en considération les plaintes alléguées par la recourante. Ses remarques sur lesdits diagnostics et ses conclusions de ce point de vue dans la perspective de l'accident incriminé sont au demeurant tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques et de l'étude des pièces radiologiques. Il n'a au surplus pas manqué de répondre de manière claire et précise aux questions posées par les deux parties. Ses explications complémentaires, communiquées le 25 septembre 2014 consécutivement aux critiques du

Dr W._____ du 20 juillet 2014, emportent en outre indubitablement la conviction.

Il n'en va en revanche pas de même des ultimes griefs soulevés par le Dr W._____ à l'encontre des conclusions du Dr K._____, consignés dans son avis du 12 novembre 2014, où le Dr W._____ se limite à exprimer son désaccord avec l'analyse des pièces radiologiques opérée par son confrère, tout en réitérant qu'à son sens il y a lieu de favoriser l'avis du chirurgien. Par ailleurs, il fonde essentiellement son avis quant à l'origine traumatique de la lésion de sa patiente sur l'absence de symptômes avancés par celle-ci préalablement à l'événement du 1^{er} août 2009, appliquant de facto l'adage post hoc ergo propter hoc au cas particulier.

L'on ajoutera enfin que les conclusions du Dr K._____ viennent corroborer les avis d'autres spécialistes, soit l'appréciation initiale du cas, communiquée par le Dr F._____, ainsi que celle du Dr P._____ du 13 avril 2011, ce qui justifie d'autant que les conclusions de l'expertise judiciaires soient suivies par la Cour de céans.

6. Compte tenu de la convergence des avis de l'expert et des spécialistes de la CNA, il s'agit de déduire, quoi qu'en dise la recourante, que le sinistre du 1^{er} août 2009 n'a fait qu'aggraver temporairement une situation préexistante, en dépit de son caractère asymptomatique jusqu'à cet événement.

L'on retiendra que l'assurée souffre effectivement de « gonalgies invalidantes » du genou gauche des suites d'une « lésion cartilagineuse du condyle fémoral », laquelle s'avère, au degré de la vraisemblance prépondérante, largement causée par une malformation du ménisque, soit un ménisque gauche « discoïde ».

Ainsi que l'ont exposé par le détail les Drs P._____ et K._____, l'accident du 1^{er} août 2009 a assurément déclenché la problématique présentée par la recourante, sans toutefois que le raisonnement post hoc ergo propter hoc, auquel a procédé en l'espèce son chirurgien traitant, ne fût confirmé par d'autres éléments médicaux probants qui expliqueraient la persistance de séquelles traumatiques.

Dès lors, à l'instar de l'intimée, force est de considérer que la symptomatologie présentée par l'assurée au-delà du 19 juillet 2010 ne peut être imputable à l'accident du 1^{er} août 2009, tandis que le lien de causalité naturelle et adéquate entre un tel événement et ses effets est usuellement rompu après une période de six mois.

7. Vu l'exposé qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 19 juillet 2010 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par la recourante au-delà de cette date.

Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

7.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

7.2 Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens. Cela vaut également pour les frais que son médecin _____ traitant, _____ le Dr W._____, a facturé pour ses avis. Par ailleurs, en tant que médecin traitant, il n'était de toute façon pas susceptible de revêtir le rôle d'expert.

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part de la recourante. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve

du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition, rendue le 19 novembre 2010 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.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Corinne Monnard Séchaud, à Lausanne (pour Z. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :