

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant,

et

O. _____, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après: l'assuré), né en 1967, travaillait depuis 1988 en qualité d'agent de sécurité professionnel auprès de [...] SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents et de maladie professionnelle auprès de la O._____ (ou en abrégé: O._____), aujourd'hui O._____.

Le 23 décembre 2002, l'assuré a glissé sur une grille alors qu'il marchait sur le trottoir, entraînant une entorse externe de la cheville gauche. Le traitement, consistant en de la physiothérapie, a pris fin le 7 février 2003. Le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé, dans un rapport médical du 3 juin 2003 à O._____, une laxité symptomatique avec un varus très ("+++") nettement asymétrique associé à un tiroir antérieur également positif.

En raison de douleurs antérieures et du compartiment interne et externe de la cheville, particulièrement après un effort sportif, une IRM de la cheville gauche a été pratiquée le 31 mars 2005. L'IRM a mis en évidence un aspect compatible avec une lésion ostéochondrale de grade I de l'angle supéro-externe de l'astragale, un épanchement intra-articulaire sans signe de chondropathie et un remaniement post-traumatique des ligaments latéral interne et latéral externe sans signe de déchirure récente.

Le 12 avril 2005, [...] SA a adressé à O._____ une déclaration d'accident, aux termes de laquelle elle annonçait que l'assuré était blessé au pied gauche et qu'il s'agissait d'une suite de l'accident du 23 décembre 2002.

L'assuré a consulté le Dr C._____, spécialiste en médecine du sport, lequel a posé le diagnostic d'ostéochondrite de la cheville gauche, status trois ans après une grosse entorse. Dans son rapport du 15 juillet 2005 adressé à O._____, il ne mentionnait aucune incapacité de

travail et une durée de traitement nécessitée par l'accident du 29 mars au 15 avril 2005. Il adressait l'assuré au Centre d'imagerie [...] pour une nouvelle IRM de la cheville gauche.

Pratiquée le 21 février 2006, l'IRM a mis en évidence un épanchement dans l'articulation tibio-astragienne avec signes de chondropathie de grade II, lésion ostéo-chondrale de stade I en regard de l'angle supéro-interne de l'astragale, un aspect compatible avec une interposition de membrane synoviale en regard du versant externe de l'articulation tibio-astragienne, des remaniements post-traumatiques du faisceau talo-fibulaire antérieur du ligament latéral externe et des signes de tendinite Achilléenne dans son segment distal avec bursite rétro-calcanéenne.

Le 8 mars 2006, une intervention chirurgicale a été pratiquée par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, sous forme d'une synovectomie par arthroscopie. Le diagnostic posé était celui de synovite réactionnelle avec syndrome d'impingement de la cheville gauche.

Dans son rapport médical du 6 août 2007 à O._____, le Dr Z._____ a posé le diagnostic de status après distorsion de la cheville gauche avec fracture ostéochondrale de la poulie astragaliennne et synovite réactionnelle. Il faisait état d'une bonne évolution, précisant que le traitement médical avait pris fin le 10 novembre 2006. Il renvoyait pour le surplus à son rapport médical du 24 mars 2006, aux termes duquel il retenait une incapacité de travail totale depuis le 8 mars 2006 et une reprise à 100% dès le 13 mars suivant.

B. Le 24 février 2009, [...] SA a adressé une déclaration d'accident-bagatelle à O._____, aux termes de laquelle l'assuré, lors de son service le 19 février précédent, avait glissé sur une plaque de glace et s'était blessé à la cheville et au genou gauche.

Une IRM du genou gauche, effectuée le 4 mars 2009, a révélé un œdème de la partie postérieure de la corne postérieure du ménisque interne avec un hypersignal linéaire peu intense mais arrivant au contact de sa surface postérieure posant la question d'une lésion mucoïde de grade II à III versus une déchirure horizontale. L'IRM a également mis en évidence une chondropathie rotulienne de grade II avec plica synoviale et bursite pré-patellaire et un kyste poplité.

Le 30 mars 2009, une IRM de la cheville gauche a été pratiquée, mettant en évidence une chondropathie tibio-astragalienne de grade II, une lésion ostéochondrale de stade IIA de l'angle supéro-externe de l'astragale et une légère tendinite d'Achille avec bursite rétro-calcanéenne.

O. _____ a confié au Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le soin de réaliser une expertise médicale tendant à définir la relation de causalité entre les plaintes actuelles et les accidents des 23 décembre 2002 et 19 février 2009.

L'expertise a été réalisée le 28 août 2009 et le rapport établi le 10 novembre suivant. Le Dr Q. _____ a fait état d'une gêne persistante de la cheville gauche, qui n'entraînait cependant pas de limitation fonctionnelle dans la vie de tous les jours ou dans les activités sportives de l'assuré, et a constaté l'absence de gêne du genou gauche, hormis parfois lorsque l'intéressé, accroupi au sol, se redressait brusquement. Il soulignait que depuis fin mai - début juin 2009, l'assuré n'avait plus revu de médecin pour sa cheville ou son genou et n'avait pas de rendez-vous prévu. Examinant les lésions mises en évidence par les IRM de 2005, 2006 et 2009, il a relevé que les troubles au niveau capsulaire antérieur ainsi que du faisceau antérieur du ligament latéral externe étaient en relation de causalité naturelle probable avec l'événement de 2002. Selon lui, les petites douleurs persistantes ne correspondaient pas à une aggravation à la suite de l'accident de 2009 mais plutôt aux petites cicatrices adhérentielles post-chirurgicales et déchirure ligamentaire. Un retour au statu quo sine n'était pas possible car les petites gênes risquaient de

persister; cependant, ces dernières étant bien stabilisées, il n'y avait aucune indication à un traitement quelconque. S'agissant de la lésion ostéo-sous-chondrale, le lien de causalité naturelle n'était que possible avec l'événement de 2002; il était probable que l'assuré ait développé, avant l'événement de 2002 ou entre ce dernier et celui de 2009, une petite surcharge au niveau du dôme astragalien puisqu'il apparaissait à l'IRM une petite lésion inflammatoire ostéo-sous-chondrale mais sans répercussion radiologique. Compte tenu de l'évolution entre 2005 et 2009, il était clair que cette lésion n'était vraisemblablement pas en relation de causalité avec les événements de 2002 et 2009, mais plutôt avec de petits troubles de surcharge dégénératifs comme cela apparaissait chez les patients sportifs pratiquant régulièrement de la course à pieds. L'expert relevait en outre que si l'accident de 2009 avait probablement causé une petite entorse de la cheville, cette dernière n'avait pas dû être importante eu égard au fait que l'IRM ne montrait aucune lésion fraîche par rapport aux précédentes. Le statu quo sine pouvait ainsi être défini et se situait à la fin du traitement, soit au début du mois de juin 2009. Le même constat pouvait être fait pour le genou gauche, dans la mesure où l'IRM n'avait pas mis en évidence de lésion accidentelle mais uniquement de petites lésions dégénératives. Le Dr Q. _____ a par ailleurs précisé ce qui suit:

"Pour ce qui est de l'avenir à long terme, si des douleurs devaient réaugmenter au niveau du genou gauche pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, il est clair que ceci sera à la charge de l'assureur maladie et non plus de l'assureur accident. Par contre, au niveau de la cheville gauche si des douleurs devaient réaugmenter il faudra bien définir quelles en sont les causes. Si on peut les rattacher aux petites cicatrices antéro-externes péri-malléolaires, alors le traitement sera à la charge de l'assureur accident. Par contre, s'il s'agit de douleurs en relation avec l'ostéochondrose disséquante modérée encore présente, alors elles seront à la charge de l'assureur maladie."

Une intervention a été réalisée le 8 janvier 2010 par le Dr Z. _____. Le protocole opératoire indiquait des gonalgies récidivantes depuis la distorsion, faisait état des diagnostics de lésion grade II de la corne postérieure du ménisque interne, de chondrite rotulienne et de souris articulaire du genou gauche et mentionnait comme interventions

une arthroscopie, un needling du ménisque interne et une aspiration souris.

Dans un courrier du 29 janvier 2010 à O._____, le Dr Z._____ mentionnait que les symptômes déclarés par l'assuré au niveau de la cheville gauche étaient, selon ce dernier, d'une intensité beaucoup plus importante que stipulée dans le rapport d'expertise du Dr Q._____. Il soulignait que son patient, qui le consultait plus ou moins régulièrement depuis 2006, ne pouvait plus effectuer de courses à pieds, ce qu'il pratiquait régulièrement avant sa distorsion.

Sollicité par O._____, le Dr Q._____ a précisé, dans un avis du 19 avril 2010, que la causalité naturelle entre la lésion ostéo-sous-chondrale du dôme astragalien et l'événement de 2002 n'était que possible. Examinant le protocole d'arthroscopie du 8 janvier 2010, il relevait qu'aucune lésion accidentelle n'était mise en évidence, ce qui confirmait le contenu de son expertise, notamment que les radiographies standards et l'IRM du genou gauche ne montraient que de petites lésions dégénératives tout à fait banales eu égard à l'âge de l'assuré. L'intervention du 8 janvier 2010 concernant le genou gauche n'était que dans une relation de causalité possible que cela soit avec l'événement de 2002 ou de 2009. Il soutenait qu'en l'absence d'une aggravation durable ou déterminante, le statu quo sine pouvait être défini et ceci à la fin du premier traitement ayant suivi l'événement de 2009, soit début juin 2009.

Par courrier du 16 juin 2010, O._____ a informé [...] SA de la fin du droit aux prestations d'assurance de son employé à partir du 1^{er} juillet 2009.

Le même jour, O._____ a adressé à l'assuré une détermination, intitulée "droit d'être entendu", fondée sur le rapport d'expertise du Dr Q._____ du 11 novembre 2009 et son avis complémentaire du 19 avril 2010. Elle indiquait mettre fin aux prestations dès le 1^{er} juillet 2009 et confirmait que l'intervention chirurgicale du 8 février 2010 [recte: janvier 2010] relevait d'un état malade et non des

suites de l'accident de 2002 ou de 2009. Elle invitait dès lors l'assuré à s'adresser à sa caisse maladie.

Dans une lettre adressée à O._____ le 1^{er} juillet 2010, l'assuré indiquait "s'opposer à la décision" et lui faire parvenir ultérieurement sa motivation.

Le 22 juillet 2010, O._____ a communiqué à l'assuré une décision lui signifiant qu'elle mettait un terme à ses prestations avec effet au 1^{er} juillet 2009. La motivation était identique à celle figurant dans la détermination "droit d'être entendu".

Le 2 août 2010, le Dr Z._____ a adressé un courrier à O._____, dans lequel il s'expliquait comme suit au sujet de l'intervention pratiquée au niveau du ménisque interne du genou gauche:

"Le patient, qui ne souffrait d'aucune douleur avant la glissade et distorsion au niveau de son genou gauche, a démontré à l'examen clinique des signes nets d'une lésion méniscale interne. L'examen par IRM pratiquée le 4.03.2009 a démontré aussi une lésion grade II de la corne postérieure du ménisque interne. Avec la persistance de la gonalgie, j'ai pratiqué une arthroscopie de ce genou le 8.01.2010. Evidemment, une lésion méniscale grade II, qui consiste en un clivage interne du ménisque, ne peut pas être visualisé lors de l'arthroscopie. Ceci est un constat par l'imagerie par résonance magnétique qui nécessite un traitement (Needling) au cas où les symptômes algiques à ce niveau ne s'améliorent pas. Dans ce sens, la lésion méniscale post-traumatique n'est pas décrite dans mon rapport d'arthroscopie."

Par acte du 17 août 2010, l'assuré a fait opposition contre la décision du 22 juillet 2010. Il contestait souffrir de "petites lésions dégénératives", soulignant que tant le courrier du Dr Z._____ du 2 août 2010 que le rapport d'IRM du 4 mars 2009 faisaient état de lésions à la suite d'un accident. Il demandait à percevoir les prestations d'assurance qui lui étaient dues en raison de son atteinte au genou. S'agissant de l'atteinte à la cheville, il demandait que soit déterminée la cause de ses douleurs (accident ou maladie), précisant ne jamais avoir éprouvé de douleurs avant l'accident du 23 décembre 2002.

Par décision sur opposition du 19 octobre 2010, O._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé la décision querellée. Se référant à l'expertise du Dr Q._____, elle a considéré que le statu quo sine vel ante avait été rétabli le 1^{er} juillet 2009, de sorte que la réapparition des douleurs et l'opération du 8 janvier 2010 n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 19 février 2009.

C. Par acte du 17 novembre 2011, N._____ a formé recours contre la décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à ce que le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de 2009 et les lésions du genou gauche soit établi et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer le lien de causalité litigieux. Dans un premier moyen, le recourant fait valoir que l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs à sa cheville gauche et les accidents de 2002 et 2009 n'est plus discutée dans la décision sur opposition mais devra l'être s'il venait à souffrir de séquelles tardives à ce niveau. Dans un second moyen, il soutient que les causes de l'opération du 8 janvier 2010 sont accidentelles et que cette intervention avait pour but de remédier aux lésions méniscales provoquées par l'événement de 2009 et apparues sur l'IRM de mars 2009. Il soutient à cet égard que la causalité naturelle entre ces deux événements ne fait aucun doute, arguant notamment qu'il n'a jamais souffert auparavant de douleur ou d'affection à son genou gauche. Il relève ensuite que la chute sur le verglas avec distorsion du genou est propre à provoquer les lésions méniscales présentées, si bien qu'un rapport de causalité adéquate doit être constaté entre les lésions subies et la chute de février 2009. Il en déduit que l'intervention chirurgicale de janvier 2010 doit être prise en charge par l'intimée, relevant encore que la notion d'accident pour l'événement de février 2009 n'a jamais été contestée.

Dans sa réponse du 16 décembre 2010, O._____ conclut au rejet du recours. Elle relève que le raisonnement du recourant, s'agissant de l'établissement du lien de causalité entre l'opération nécessitée par les

déchirures méniscales et l'accident de 2009, est erroné, le fait d'alléguer l'existence d'un lien de causalité en vertu du principe "post hoc ergo propter hoc" n'ayant pas de valeur probante. La question de la causalité naturelle doit au contraire être tranchée à la lumière des renseignements d'ordre médical et il appert que les diagnostics de l'IRM pratiquée en 2009 confirment un état dégénératif évident. L'intimée souligne que le rapport d'expertise du Dr Q._____ confirme cette appréciation, ce dernier ayant retenu que l'accident n'avait provoqué aucune lésion. O._____ argue ainsi que les troubles au genou ayant nécessité l'opération du 8 janvier 2010 ne sont pas à sa charge.

Le recourant, invité à répliquer, n'a pas usé de son droit.

D. Le dossier relatif à l'événement du 23 décembre 2002 a été produit et les parties invitées à se déterminer. Aucune écriture n'a cependant été déposée.

E n d r o i t :

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 (art. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours ayant été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, et pour le surplus répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier, au-delà du 30 juin 2009, des prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si l'intervention chirurgicale du 8 janvier

2010 relève d'un état maladif ou des suites de l'événement de 2002 ou de 2009.

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

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 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 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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 et les références; 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. 3.1 et les références).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés 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; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références citées; TFA U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 3 et la référence citée).

b) 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 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

c) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21

LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

3. Le recourant soutient l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'intervention subie au genou gauche le 8 janvier 2010 et l'accident dont il a été victime le 19 février 2009. Il relève que, s'agissant de l'atteinte à la cheville gauche, "le problème est écarté"

sous réserve de devoir être réexaminé s'il venait à souffrir de séquelles tardives.

Comme le recourant se plaint d'une atteinte à la santé physique, seule la question de la causalité naturelle entre l'atteinte - particulièrement l'atteinte au genou gauche - et l'accident du 19 février 2009 doit être examinée, la causalité adéquate n'ayant, selon la jurisprudence, pratiquement aucune incidence. Cette question doit être résolue essentiellement sur la base des preuves médicales.

a) L'expertise du Dr Q._____ a mis en évidence que les troubles au niveau capsulaire antérieur et du faisceau antérieur du ligament latéral externe étaient en relation de causalité naturelle probable avec l'événement de 2002, et que la lésion ostéo-sous-chondrale du dôme astragalien présentait un lien de causalité naturelle tout au plus possible avec cet événement. En outre, si l'accident de 2009 avait probablement causé une petite entorse de la cheville gauche, celle-ci n'avait pas dû être importante eu égard à l'IRM qui ne montrait aucune lésion fraîche par rapport aux précédentes. Le Dr Q._____ a conclu que si des douleurs devaient s'accroître au niveau de la cheville gauche, il s'agirait de définir si elles se rattachaient aux petites cicatrices antéro-externes périmalléolaires et seraient ainsi du ressort de l'intimée ou si elles étaient en relation avec l'ostéochondrose disséquante modérée et seraient ainsi à la charge de l'assurance maladie. Cette appréciation n'étant pas contestée, il n'y a pas lieu de l'examiner plus amplement.

S'agissant de l'atteinte au genou gauche, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de status après torsion bénigne du genou gauche sur nouvel événement accidentel survenu le 19 février 2009. Il a notamment analysé l'IRM réalisée deux semaines après l'accident, laquelle ne mettait en évidence aucune lésion accidentelle mais uniquement de petites lésions dégénératives; l'accident n'avait fait que rendre douloureux un état manifestement maladif et préexistant. Il relatait que les lésions ne gênaient pas le recourant, hormis parfois lorsque, après avoir été accroupi, il se redressait brusquement. Constatant que l'intéressé n'avait

plus consulté de médecin depuis début juin 2009 – aucun rendez-vous n'étant par ailleurs prévu –, l'expert a retenu cette date comme celle de la fin du traitement et comme permettant de définir le statu quo sine.

b) Le recourant soutient que ses lésions méniscales, constatées par l'IRM du 4 mars 2009, sont dues à l'accident de février 2009 et ont nécessité l'intervention chirurgicale du 8 janvier 2010. A cet égard, il se prévaut essentiellement de l'avis médical du Dr Z._____.

Le Dr Z._____ a procédé à une arthroscopie, un needling du ménisque interne et une aspiration souris en janvier 2010, en raison des diagnostics de lésion grade II de la corne postérieure du ménisque interne, de chondrite rotulienne et de souris articulaire du genou gauche. Il a par la suite expliqué que l'arthroscopie ne permettait pas de visualiser une lésion méniscale grade II, raison pour laquelle la lésion méniscale post-traumatique n'était pas décrite dans son protocole opératoire du 8 janvier 2010.

Examinant ce protocole dans un avis du 19 avril 2010, le Dr Q._____ a constaté qu'aucune lésion accidentelle n'était mise en évidence. Ce constat confirmait ainsi son appréciation, à savoir que les radiographies standards et l'IRM du genou gauche ne montraient que de petites lésions dégénératives tout à fait banales eu égard à l'âge de l'assuré. Il en déduisait que l'intervention du 8 janvier 2010 n'était que dans une relation de causalité possible que ce soit avec l'événement de 2002 ou de 2009, et en l'absence d'aggravation durable ou déterminante, le statu quo sine pouvait être confirmé au mois de juin 2009.

c) Dans le rapport d'expertise du 10 novembre 2009 ainsi que dans le complément du 19 avril 2010, le Dr Q._____ expose que le recourant ne présente aucune lésion accidentelle à son genou gauche. Il se réfère à l'IRM réalisée deux semaines après l'événement de février 2009 et, par la suite, au contenu du protocole d'arthroscopie du Dr Z._____.

Cela étant, il appert que l'expertise du 28 août 2009 satisfait aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). En effet, les conclusions du Dr Q._____ se fondent sur un entretien avec le recourant, son dossier radiologique et les pièces figurant au dossier de l'intimée. L'expertise repose sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressé. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il a analysé les radiographies de 2002 à 2009, particulièrement l'IRM du genou gauche du 4 mars 2009. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires. Les conclusions, en particulier en ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et les accidents des 23 décembre 2002 et 19 février 2009, sont dûment motivées et convaincantes.

Il en résulte qu'il n'existe aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr Q._____, confirmées par son complément du 19 avril 2010. Le fait que l'expertise ait été réalisée avant l'opération du 8 janvier 2010 n'en affaiblit pas la valeur probante dans la mesure où elle retient que l'accident de 2009 n'a causé aucune lésion traumatique, ce qui est confirmé par l'appréciation émise ultérieurement à l'opération.

Au demeurant, le courrier du Dr Z._____ du 2 août 2010 ne saurait se voir reconnaître la valeur probante que l'on peut attribuer à l'expertise du Dr Q._____, étant relevé qu'il n'est que sommairement motivé. En effet, le Dr Z._____ mentionne l'existence d'une lésion méniscale post-traumatique, sans toutefois que cette lésion soit démontrée. Partant, indépendamment de la qualification de médecin traitant ou non du Dr Z._____ - eu égard au fait qu'il est régulièrement consulté par le recourant depuis 2006 -, son avis n'est pas suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Il faut ainsi considérer que le statu quo sine était rétabli au 1^{er} juillet 2009, de telle sorte que la réapparition des douleurs et l'opération

du 8 janvier 2010 n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 19 février 2009. Il s'ensuit que les troubles du genou gauche étaient d'origine malade et qu'O._____ était légitimée à ne pas allouer de prestations à ce titre, au-delà du mois de juin 2009.

4. Les éléments au dossier sont clairs, dénués de contradiction et permettent à la Cour de statuer. L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), 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. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par O._____.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (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 19 octobre 2010 par O._____ 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 :

- N. _____
- O. _____
- 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 :