

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juillet 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

N. _____, à Lausanne, intimée,

et

Z. _____, à [...], tiers intéressé.

Art. 4 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA ; 9 al. 2 aOLAA

E n f a i t :

A. **a)** Z. _____ (ci-après : l'assuré), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} août 1998 en qualité de « [...] » au service de la société J. _____ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de N. _____ (ci-après : la N. _____ ou l'intimée).

b) Des examens radiographiques effectués vers la mi-octobre 2016 ont mis en évidence chez l'assuré une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, une possible petite déchirure de la partie moyenne du ménisque externe, et un début de gonarthrose à un stade précoce au niveau du compartiment fémoro-tibial externe. En raison de l'échec du traitement conservateur, l'assuré s'est soumis à une arthroscopie du genou droit, avec suture de la corne postérieure du ménisque interne par une ancre de type Fast-Fix, réalisée le 3 novembre 2016 à la Clinique [...], à [...]. La reprise du travail était attendue dès le 14 décembre 2016 et le traitement médical devait prendre fin dans un délai de six mois (rapport d'IRM du 14 octobre 2016 du Dr R. _____, spécialiste en radiologie ; rapports des 23 et 29 novembre 2016 du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

c) Par déclaration d'accident du 18 novembre 2016, Z. _____ a annoncé à la N. _____ qu'il avait été victime le 23 février 2016 d'un accident de ski, en ce sens qu'il avait effectué un faux mouvement, puis ressenti une intense douleur à son genou droit.

La N. _____ a accepté de prendre en charge le cas (traitement médical et indemnités journalières ; cf. lettres des 21 et 24 novembre 2016).

d) Une arthro-IRM du genou droit du 21 décembre 2017 a mis en évidence une « grosse re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, complexe, à prédominance horizontale » (rapport du 14

décembre 2017 du Dr M._____, et rapport d'arthro-IRM du 21 décembre 2017 du Dr L._____, spécialiste en radiologie).

Une arthroscopie avec résection de la corne postérieure du ménisque interne et résection partielle du ménisque externe droit a été réalisée le 4 janvier 2018 par le Dr M._____ (rapport du 22 janvier 2018 du Dr M._____).

Dans un rapport du 30 janvier 2018 à la N._____, le Dr M._____ a résumé la situation comme suit :

Patient qui a bénéficié le 3 novembre 2016 d'une arthroscopie et suture méniscale avec des suites simples et une évolution favorable.

En novembre 2017, il a présenté des douleurs et tuméfaction à la suite de la reprise de courses à pied[s]. Le bilan est complété par une arthro-IRM qui met en évidence une déchirure complexe du ménisque.

Devant l'échec d'un traitement conservateur avec exercices individuels, antalgie et physiothérapie, nous avons retenu l'indication à un traitement chirurgical impliquant une arthroscopie-ménisectomie, qui a été réalisée le 4 janvier 2018. Les suites sont simples.

Après avoir recueilli l'avis de son médecin-conseil (rapport du 14 février 2018 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie), la N._____ a, par décision du 27 juin 2018, refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 23 février 2016, au motif que celui-ci ne constituait pas un accident au sens de la loi, faute d'un lien de causalité naturelle entre cet incident dommageable et les troubles de l'assuré au genou droit, respectivement ses suites traitées en novembre 2016. Une copie de cette décision a été communiquée à S._____ (ci-après : S._____ ou la recourante), assureur-maladie de Z._____.

Le 17 juillet 2018, S._____ s'est opposée à cette décision. Elle a fait valoir que l'assuré avait chuté à ski et présenté des douleurs persistantes jusqu'à la consultation chez un spécialiste six mois plus tard, de sorte qu'il existait, selon l'avis du médecin-conseil de l'assureur-maladie, un lien de causalité naturelle entre l'événement du 23 février

2016 et l'intervention chirurgicale du 4 janvier 2018. De plus, les conditions de prise en charge du cas au titre de lésion corporelle assimilée à un accident étaient remplies.

Statuant par décision sur opposition du 29 août 2018, la N. _____ a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 27 juin 2018. Selon son médecin-conseil, il n'était pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles du genou droit, lesquels n'avaient nécessité un traitement médical que huit mois plus tard, étaient dus à l'événement du 23 février 2016. Il s'agissait par ailleurs d'une déchirure horizontale, lésion qui était souvent due à une faiblesse du tissu méniscal et qui, partant, était d'origine malade plutôt que traumatique. C'est par conséquent à juste titre qu'elle avait refusé son intervention, étant précisé qu'elle renonçait à demander le remboursement des 35'000 fr. déjà réglés pour le cas.

B. **a)** Par acte du 18 septembre 2018, S. _____ a déféré la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au versement des prestations d'assurance par la N. _____ en lien avec l'« accident » du 21 (recte : 23) février 2016 pour une durée indéterminée. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à la N. _____ pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Dans le bordereau de pièces joint, S. _____ a produit un avis médical du 17 septembre 2018, dans lequel le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est exprimé comme suit :

Le problème dans ce dossier n'est pas le type de déchirure.

Un événement traumatique surtout à partir de la quarantaine va introduire n'importe quelle déchirure car on commence à être sur un ménisque dégénératif.

Le problème n'est pas non plus la re-déchirure. A cet âge, il n'y avait pas d'indication à une suture car ce risque de re-déchirure était important vu qu'on était sur un terrain dégénératif.

En conséquence, la discussion se situe plutôt sur l'espace libre entre l'accident et la 1^{ère} consultation 7-8 mois plus tard. Ce délai est un

peu long pour certifier une causalité naturelle mais n'est pas forcément exceptionnel.

De plus, de toute façon, la lésion méniscale fait partie de celles mentionnées dans la liste prévue à l'art. 9 al. 2 aOLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] et on ne peut pas affirmer qu'elle est manifestement ou exclusivement dégénérative car la chondropathie mise en évidence est externe et la lésion est interne.

→ A mon avis, le cas doit être pris en charge par l'assurance-accidents et le lien de causalité naturelle est encore établi car il n'est pas possible d'affirmer qu'une telle lésion est exclusivement ou manifestement dégénérative.

b) Reprenant dans sa réponse du 9 octobre 2018 l'argumentation développée dans la décision litigieuse, la N._____ a conclu au rejet du recours.

c) Au terme d'un second échange d'écritures des 19 octobre et 6 novembre 2018, les parties ont maintenu leur position respective. S._____ a requis une nouvelle fois, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire dans l'éventualité où le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents ne devait pas être reconnu.

d) Intéressé par la procédure de recours pendante devant le tribunal, Z._____ a été invité à se déterminer, faculté dont il n'a pas fait usage dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le seul point de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 23 février 2016. En revanche, le litige ne porte pas, en l'état du dossier, sur la nature et l'étendue des éventuelles prestations à allouer.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Selon 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 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1, 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 consid. 2).

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

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

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

b) Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'art. 6 al. 2 LAA prévoyait que le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1).

La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition, pour la première fois, de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h aOLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable

extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et la référence).

Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins,

déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions aient au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 aOLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

4. **a)** Le juge des assurances sociales 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 (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et 122 V 157 consid. 1c).

5. a) En l'espèce, la recourante fait valoir, sur la base des avis médicaux au dossier, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement survenu au mois de février 2016 et le traitement médical débuté le 11 octobre 2016, ce qui justifie la prise en charge du cas par l'intimée. Elle avance en outre l'avis du Dr H._____ selon lequel l'atteinte subie est une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA.

De son côté, l'intimée maintient qu'un lien de causalité naturelle entre la lésion du ménisque et l'événement accidentel qui serait survenu le 23 février 2016 n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais est tout au plus « possible » comme l'indique le Dr H._____. Elle estime que, dans ces conditions, il n'y a pas lieu de trancher le point de savoir si l'on est en présence ou non d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

b) En l'occurrence, il n'est pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la lésion au ménisque interne droit et l'accident qui serait survenu le 23 février 2016. En effet, la période qui s'est écoulée entre l'événement dommageable et la première consultation de Z._____ chez le Dr M._____, le 11 octobre 2016, soit presque huit mois, est relativement importante. Or il ne ressort pas du dossier que l'assuré aurait consulté au cours de cette période un médecin pour ses problèmes de genou ; l'assureur-maladie de l'intéressé n'allègue d'ailleurs pas qu'il aurait dû prendre en charge des factures liées à cet événement. Avant l'arthroscopie du 3 novembre 2016, l'assuré a d'ailleurs été en mesure de travailler à 100 % sans interruption pour motif d'accident ou de maladie. Dans ces circonstances et en présence d'un assuré âgé de quarante-cinq ans en 2016, qui exerce des activités de type course à pieds (cf. rapport du 14 décembre 2017) et présente un début de gonarthrose à un stade précoce au niveau du compartiment fémoro-tibial externe (rapport d'IRM du 14 octobre 2016), il n'est pas possible d'écarter l'éventualité que d'autres circonstances seraient intervenues dans l'intervalle permettant

d'expliquer la lésion subie par celui-ci à son genou droit (usure, pratique répétitive et/ou intensive de certaines activités provoquant des microtraumatismes et entraînant un surmenage, etc.). D'ailleurs, aucun des trois médecins-conseils qui se sont prononcés ne retient une causalité adéquate naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, le Dr H._____ indique que le délai entre l'accident et la première consultation sept à huit mois plus tard est « un peu long pour certifier une causalité naturelle mais n'est pas forcément exceptionnel ». Ce faisant, ce médecin-conseil tient le lien de cause à effet litigieux comme étant tout au plus possible.

c) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident qui serait survenu le 23 février 2016 et la lésion au ménisque interne droit annoncée sept à huit mois plus tard ne peut pas être qualifiée de vraisemblable, de telle sorte que c'est à juste titre que la N._____ a nié le droit à des prestations fondées sur cet événement.

6. Aussi, le complément d'instruction requis par la recourante s'avère-t-il inutile, si bien que la requête d'expertise doit être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité pour les frais de procès aux organismes chargés de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4a).

**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 29 août 2018 par N._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :