

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juillet 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mmes Röthenbacher et Bendani  
Greffier : M. Rebetez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Georges Reymond,  
avocat à Lausanne,

et

**V.** \_\_\_\_\_ SA, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 4 LPG; art. 6 al. 1 et 2, et art. 36 al. 1 LAA; art. 9 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1958, est employée par la Ville de Lausanne. A ce titre, elle est assurée auprès d'V.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident LAA du 18 juillet 2005, l'employeur de l'assurée a annoncé que cette dernière s'était blessée le 14 juillet 2005 en glissant sur une pelouse arrosée. Elle a notamment été prise en charge médicalement par le Dr [...] H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a diagnostiqué, en août 2005, une fracture spiroïde diaphysaire distale du tibia droit. Ce médecin a opéré l'assurée le 15 juillet 2005 avant de procéder, le 15 janvier 2007, à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO).

F.\_\_\_\_\_ a repris le travail à 100 % le 2 avril 2007. Les suites de l'accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents jusqu'à cette date.

**B.** Par courrier du 19 décembre 2007, F.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son avocat, a indiqué que son état de santé ne s'améliorait pas et que ses hanche et jambe droites lui causaient toujours de vives douleurs malgré l'AMO. Elle a demandé la mise en place d'une expertise médicale en vue d'évaluer la situation avec le plus de précision possible.

Le 20 décembre 2007, l'assureur a fait savoir qu'il n'estimait pas nécessaire d'effectuer une expertise médicale en l'état et qu'il serait procédé à l'évaluation de la nécessité de prendre en charge une éventuelle rechute après reprise du traitement médical et prise de connaissance des rapports médicaux.

Par déclaration de sinistre LAA du 21 février 2008, F. \_\_\_\_\_ a demandé la poursuite de la prise en charge du traitement prodigué par le Dr H. \_\_\_\_\_ concernant des troubles allégués à sa jambe droite.

Par courrier du 10 mars 2008 adressé à la Clinique Bois-Cerf, l'assurance a communiqué sa garantie d'hospitalisation pour l'assurée suite à son entrée en clinique le 7 avril 2008. Cette garantie n'était toutefois valable que sous réserve de l'acceptation par son service médical et pour autant qu'il s'agisse d'un événement assuré et de ses suites.

Dans une note du 31 mars 2008, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que le lien de causalité entre l'accident de juillet 2005 et les troubles traités par le Dr H. \_\_\_\_\_ était très difficile à estimer. Il n'était pas exclu que l'accident ait manifesté un état antérieur présent. Vu la fracture de la jambe droite, la causalité entre cette dernière qui était extra-articulaire et une lésion méniscale deux ans et demi après n'était pas forcément donnée, car cela n'était pas une évolution habituelle au vu de l'âge de l'assurée, la lésion pouvant être dégénérative.

Par courrier du 2 avril 2008, l'assureur-accidents a notamment informé l'assurée qu'il ne lui était pas encore possible, au vu des rapports médicaux au dossier, de vérifier la relation de causalité entre l'événement du 14 juillet 2005 et la rechute du 20 février 2008.

Dans un rapport du 11 avril 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une intervention arthroscopique pour une déchirure méniscale interne du genou droit suite à son accident de juillet 2005. Dans un certificat médical du 16 avril 2008, il a indiqué avoir procédé, le 7 avril 2008, à une méniscectomie interne du genou droit. Il s'agissait clairement, de l'avis de ce médecin, d'une déchirure après torsion du genou. Aucun signe dégénératif n'était présent au niveau du cartilage tant fémoral que tibial. Celle lésion était, selon lui, à

mettre en relation directe avec l'événement traumatique du 14 juillet 2005.

**C.** Par courrier du 5 mai 2008 adressé à Me Reymond, mandataire de l'assurée, l'assurance-accident a convié cette dernière à une expertise médicale auprès du Dr [...] agendée au 1<sup>er</sup> juillet 2008. Me Reymond a indiqué le 30 mai 2008 qu'il avait transmis ce courrier à sa mandante qui ne s'opposait pas à sa mise en oeuvre; toutefois, l'assurée estimait l'expertise prématurée, son état de santé n'étant pas stabilisé.

Le 6 juin 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_ a certifié avoir procédé à une arthroscopie et méniscectomie interne du genou droit le 7 avril 2008. Les suites étaient un peu lentes par rapport à la norme, mais le médecin avait également constaté les mêmes suites difficiles par rapport à l'enclouage de la jambe droite. Malgré tout, il estimait que l'issue serait favorable. Il persistait encore un petit syndrome fémoro-patellaire lié au passage de clous dans l'espace trans-tendineux. La physiothérapie devrait permettre de résoudre ce problème. Le médecin ne pouvait pas se prononcer quant à une échéance de ces syndromes douloureux.

Dans un rapport du 30 juin 2008, le Dr [...] X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment retenu que le seul trouble résiduel de la fracture de la jambe droite subie en juillet 2005 consistait en une dérotation externe d'environ 5° à 6°, soit une complication classique de l'enclouage. A part ceci, le médecin estimait que l'on était parvenu à une restitution ad integrum avec une fonction complète et normale.

Dans une note interne du 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'assureur-accidents a indiqué que le Dr [...] l'avait informé que l'assurée ne s'était pas présentée à l'examen du même jour. L'expert précisait que le mari de l'assurée lui avait confirmé par téléphone un mois plus tôt la participation de son épouse à l'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2008. Une collaboratrice de l'assureur-accidents s'est enquis par entretien téléphonique du 4 juillet

2008 auprès de Me Reymond des raisons de l'absence de l'assurée à l'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2008. Celui-ci a répondu qu'il restait dans l'attente d'une réponse de la part de l'assureur-accidents suite à son courrier du 30 mai 2008 et qu'il "*sous-entendait*" annuler l'expertise en question. L'assureur-accidents a expliqué qu'il admettait que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé, mais que son médecin-conseil refusait la relation de causalité naturelle entre l'accident de juillet 2005 et les troubles au genou droit. La mise en place d'une expertise était donc nécessaire, car sans cette dernière, l'assureur-accidents refuserait d'intervenir au titre de la prise en charge.

Par courrier du 28 juillet 2008 adressé à Me Reymond, l'assureur accidents a convié l'assurée à une nouvelle expertise auprès du Dr [...], qui n'a toutefois pas pu avoir lieu, l'assurée ayant eu des problèmes de santé.

Dans une note du 18 septembre 2008, le Dr [...] a estimé que les problèmes actuels n'étaient plus orthopédiques et qu'une expertise n'était pas nécessaire, le statu quo sine devant être fixé au consilium du Dr X.\_\_\_\_\_, soit au 30 juin 2008.

Dans un courrier du 26 septembre 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé, en substance, que par la suite la patiente avait développé des douleurs au genou droit et qu'une IRM avait démontré une lésion méniscale qui était, selon lui, en rapport avec l'accident de juillet 2005.

**D.** Par décision du 2 octobre 2008, l'V.\_\_\_\_\_ SA a refusé de prester pour l'annonce de rechute du 21 février 2008 au motif que les troubles actuels présentés par l'assurée étaient dus à des facteurs étrangers à l'accident du 14 juillet 2005. Elle a relevé que, suivant son médecin-conseil, la lésion était extra-articulaire et que, vu la lésion méniscale présentée plus de deux ans après l'accident de juillet 2005, la relation de causalité naturelle entre l'accident précité et ces troubles n'était plus réalisée.

Par opposition du 29 octobre 2008, F. \_\_\_\_\_ a fait valoir, en se basant sur les avis des Dr Z. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, que ses problèmes de santé actuels et sa rechute étaient clairement en relation de causalité avec l'accident du 14 juillet 2005.

Par décision sur opposition du 19 janvier 2009, l'V. \_\_\_\_\_ SA a confirmé la décision susmentionnée. Elle a exclu tout lien de causalité naturelle entre les troubles méniscaux au genou droit de l'opposante et l'accident assuré du mois de juillet 2005.

**E.** F. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise médicale permettant d'établir le lien de causalité entre l'accident assuré du 14 juillet 2005 et la rechute du 20 février 2008.

Dans sa réponse, l'assurance a conclu au rejet du recours.

**E n d r o i t :**

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** Le présent litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 14 juillet 2005 et la lésion méniscale au genou droit de la recourante.

**2.1 a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), sauf disposition contraire de

la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident 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 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel; une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, 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\_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 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 ont 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 OLAA 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 c. 3; TFA U 162/06 du 10 avril 2007 c. 5.2.1 et 5.3).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 c. 4.3.1; ATF 129 V 177 c. 3.1; ATF 119 V 335 c. 1).

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

l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 181, 125 V 461 c. 5a et les références citées). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 c. 3a, 117 V 364 c. 5d/bb et les références citées; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39, p. 16).

**b)** 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; RAMA 1992 no U 142 p. 75 c. 4b; Frésard, op. cit., n. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 c. 5b, 125 V 195 c. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Toutefois, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder celle disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions.

Enfin, d'après l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives.

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c et les références citées).

**2.2** Dans sa décision sur opposition, l'intimée a écarté les avis des Dr H.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, au motif que ceux-ci n'apportaient aucune motivation au prétendu lien de causalité naturelle entre l'accident de juillet 2005 et la déchirure du ménisque droit de la recourante. Se fondant sur les avis des Dr X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, l'assureur a considéré que le rapport de causalité entre les troubles méniscaux au genou droit de l'assurée et l'accident de juillet 2005 n'était que possible, de sorte que le cas ne pouvait être pris en charge.

Il convient tout d'abord de relever que l'assurance n'a pas examiné les lésions de la recourante à l'aulne de l'art. 9 al. 2 OLAA. Or, les déchirures du ménisque et du muscle font partie de la liste exhaustive des

lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA, qui sont mis à la charge de l'assurance-accidents, 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 (cf supra consid. 2.1 a).

Par ailleurs, les avis médicaux sont contradictoires s'agissant de la question de savoir si la déchirure du ménisque est d'origine dégénérative ou pas. En effet, d'une part, le 31 mars 2008, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que le lien de causalité entre l'accident de juillet 2005 et les troubles traités par le Dr [...] était très difficile à estimer, qu'il n'était pas exclu que l'accident ait manifesté un état antérieur présent, que la causalité entre la fracture de la jambe et une lésion méniscale deux ans et demi après n'était pas forcément donnée, car cela n'était pas une évolution habituelle au vu de l'âge de l'assurée, la lésion pouvant être dégénérative. Quant au Dr X. \_\_\_\_\_, il ne s'est pas précisément prononcé sur l'origine de la déchirure du ménisque. D'autre part, le Dr H. \_\_\_\_\_, dans un certificat du 16 avril 2008, a précisé qu'il s'agissait d'une déchirure après torsion du genou, qu'il n'y avait aucun signe dégénératif présent au niveau du cartilage tant fémoral que tibial et que cette lésion était à mettre en relation directe avec l'événement traumatique du 14 juillet 2005.

Au regard des deux avis contradictoires existant au dossier, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à un complément d'instruction sur la question de savoir si la déchirure du ménisque est d'origine dégénérative ou pas.

**3. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants.

**b)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition du 19 janvier 2009 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III.** L'intimée versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à la recourante.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Georges Reymond, avocat (pour F. \_\_\_\_\_),
- V. \_\_\_\_\_ SA,
- 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).

Le greffier :