

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
 Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bosson, assesseur
Greffière : Mme Tagliani

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Rébecca Grand, avocate
à Lausanne,

et

T._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1987, travaillait à 60 % depuis le 1^{er} mai 2018 en qualité de veilleuse auprès de la Fondation [...] à [...]. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de T. _____ (ci-après : T. _____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 4 novembre 2019, l'employeur a fait savoir à T. _____ que le 27 octobre 2019, l'assurée avait voulu changer de position un résident, qui avait fait un mouvement inattendu. En voulant le retenir, l'assurée avait senti un claquage dans son genou. La partie du corps atteinte était le genou droit.

Les premiers soins ont été donnés le 30 octobre 2019 par la Dre K. _____, spécialiste en médecine interne générale. À cette occasion, le diagnostic posé a été celui de gonalgie droite aiguë en cours d'investigation. Des radiographies du genou droit face/profil ont été réalisées, qui n'ont pas mis en évidence de fracture. Une IRM du genou droit pratiquée le 11 novembre 2019 a fait état d'une fissure sans fragment instable de la corne postérieure du ménisque interne, d'un kyste poplité de 2 cm et d'une distorsion sans déchirure de l'enthèse fémorale du LLE (ligament latéral externe). Une incapacité de travail totale a été attestée du 30 octobre au 17 novembre 2019, prolongée au 17 décembre 2019.

Le 11 novembre 2019, l'assurée a précisé ce qui suit, à la demande de T. _____ (sic) :

« 1. Au cours de quelle activité et dans quelles circonstances avez-vous subi une lésion corporelle ? (description détaillée)

J'ai un résident qu'il faut changer sa position durant la nuit 2 fois (à 1 heure et à 6h). La premier fois il a été beaucoup tordou, donc j'ai eu besoin de bien le remettre, et quand je le tenu pour le positionné, il a fait un mouvement pas attendu qui ma fait claqué le geneau.
[...]

3. Quand avez-vous ressenti la première fois les douleurs ?

De suite.

[...]

5. 5.1 S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? Oui.

5.2 S'est-elle déroulée dans des circonstances extérieures normales ? Non.

5.3 Ou s'est-il produit un événement particulier ?

Oui. Le mouvement du résident, c'est qui a fait la différence, parce que normalement il y a pas de mouvement comme ça. »

Dans un procès-verbal faisant suite à une séance médicale du 23 décembre 2019, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de T._____, a retenu le diagnostic de fissure méniscale interne (méniscopathie grade II) sans atteinte de surface et sans fragment instable et a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par décision du 24 décembre 2019, T._____ a refusé d'octroyer des prestations à l'assurée, estimant que le cas relevait de la compétence de son assureur-maladie.

Par acte du 13 janvier 2020, complété le 16 janvier 2020, M._____, assureur-maladie de l'assurée, s'est opposé à la décision précitée, faisant valoir que la fissure de la corne postérieure du ménisque interne correspondait à une déchirure du ménisque selon l'art. 6 al. 2 let. c LAA, élément dont T._____ n'avait pas tenu compte.

Sollicité pour détermination, le Dr R._____ a constaté, dans un rapport du 23 mars 2020, que la notion d'accident n'avait pas été retenue par l'assureur LAA. Par ailleurs, aucune des lésions (kyste paraméniscal, externe de 3 mm [images 14/19], kyste poplité en position postéro-interne, méniscopathie grade I [fissure centrale] de la corne postérieure du ménisque interne n'atteignant pas la surface articulaire ne correspondant ainsi pas à une déchirure [solution de continuité de surface]), ne faisait partie de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Dr R._____ a également précisé ce qui suit :

« [...] »

Plus particulièrement, la « fissure » méniscale postéro-interne, qui traduit encore une fois une méniscopathie grade I (petit hypersignal central – l'atteinte grade II étant un hypersignal souvent globuleux, témoin d'une dégénérescence graisseuse – le grade III reflétant une atteinte de la surface, c'est-à-dire une déchirure ou solution de continuité, seule lésion susceptible de faire appel à un traitement chirurgical), n'est pas une déchirure. Cette lésion centrale reflète une méniscopathie, ou une dégénérescence mucoïde, débutante. »

Par décision sur opposition du 14 avril 2020, T._____ a rejeté l'opposition formée par M._____.

Par courrier du 8 mai 2020, M._____ a informé T._____ qu'elle retirait son opposition.

B. Par acte du 14 mai 2020, D._____, représentée par Me Rébecca Grand, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en ce sens que la lésion du ménisque survenue le 27 octobre 2019 est une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction, sous la forme d'une nouvelle expertise orthopédique et pour nouvelle décision. L'assurée se limite à contester le point de vue de l'intimée s'agissant de l'absence d'une lésion assimilée à un accident. Elle soutient que le rapport du Dr R._____ n'est pas probant, car dans un document de décembre 2019, il avait retenu le diagnostic de méniscopathie de grade II alors que dans son rapport de mars 2020, il avait diagnostiqué une méniscopathie de grade I. Elle déplore également que les conclusions du praticien précité ne soient pas davantage motivées, estimant qu'il aurait dû interpeller l'auteur du rapport IRM pour discuter de la solution à laquelle il était parvenu. Elle produit un lot de pièces dont un rapport du 5 mai 2020 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui conteste la position de l'intimée. Au titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, subsidiairement l'audition du Dr H._____.

Dans sa réponse du 17 septembre 2020, l'intimée s'est référée à l'appréciation de son médecin-conseil du 15 septembre 2020 relative à la classification de la lésion méniscale, élément remis en cause par la recourante. Dans la mesure où seule une lésion de grade III, caractérisée par une solution de continuité de la surface, correspondait à celles de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, les rapports du Dr R. _____ ne prêtaient pas le flanc à la critique. En conséquence, l'intimée a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens.

Par réplique du 2 novembre 2020, la recourante a fait valoir que la lésion présentée ne pouvait être que traumatique, rappelant qu'elle était trentenaire, n'avait jamais eu de problème de santé au genou par le passé et qu'elle avait ressenti soudainement une vive douleur en portant un résident (rapport médical initial du 11 novembre 2019 et déclaration d'accident du 4 novembre 2019). Les douleurs consécutives au traumatisme avaient justifié la mise en place d'un examen IRM, qui avait permis d'établir l'existence d'une fissure du ménisque et d'une distorsion de l'enthèse fémorale. Elle a produit un rapport du 9 octobre 2020 du Dr H. _____.

Dans sa duplique du 25 novembre 2020, l'intimée a mentionné que le rapport précité du Dr H. _____ était basé sur le principe « *post hoc propter ergo hoc* » auquel la jurisprudence n'accorde pas de valeur probante et ne donnait aucune justification médicale objective motivée et convaincante à l'appui de l'étiologie traumatique, rappelant que la question litigieuse était de déterminer si la lésion diagnostiquée correspondait à l'une de celles listées à l'art. 6 al. 2 LAA. L'intimée a indiqué maintenir sa position.

Dans son écriture du 4 décembre 2020, la recourante a constaté que l'intimée affirmait encore et toujours que seule une méniscopathie de grade III était une lésion assimilée, sans qu'il ne soit établi que cette conclusion soit correcte sur le plan juridique ou que ces termes ne ressortent du rapport radiologique.

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). 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 - compte tenu de la prolongation extraordinaire (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4) des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en raison de l'événement survenu le 27 octobre 2019. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, il s'agit singulièrement d'examiner si l'événement précité - respectivement la fissure de la corne postérieure du ménisque sans fragment instable avec trait horizontal -, peut être qualifié de lésion corporelle assimilée à un accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

- 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.

Le législateur a établi une présomption réfragable de prise en charge des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA par l'assureur-accidents, ce dernier ayant le fardeau de la preuve d'une éventuelle libération (Markus Hüsler, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung in SZS/RSAS 2017, pp. 26 ss, spéc. p. 33). Pour réfuter cette présomption, l'assureur-accidents doit prouver que l'atteinte à la santé est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Le critère du facteur externe est explicitement supprimé (Message additionnel du Conseil fédéral du 19 septembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents [Assurance-accidents et prévention des accidents ; organisation et activités accessoires de la CNA], pp. 7702-7703).

4. Dans le domaine des 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 139 V 176 consid. 5.3 ; 126 V 353 consid. 5b et les références citées). Il n'existe 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 (TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3).

Il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3). Quant à la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être – consciemment ou non – le produit de réflexions ultérieures (TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2 et les réf. citées).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en raison de l'événement survenu le 27 octobre 2019. Invoquant une violation de l'art. 6 al. 2 LAA, la recourante reproche à l'intimée de n'avoir pas suivi les conclusions des rapports du Dr H._____ qui a retenu l'existence d'une lésion macroscopiquement visible, sous la forme d'une fissure du ménisque et d'une distorsion de l'enthèse fémorale. Elle fait valoir que le médecin-

conseil de l'intimée a présenté des avis contradictoires, de sorte que ces divergences amenaient un doute non négligeable sur l'exactitude de ses conclusions. Dans ces circonstances, et si le Tribunal devait ne pas suivre les conclusions du Dr H. _____, elle demandait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Pour sa part, l'intimée se rallie à l'avis de son médecin-conseil, en ce sens que l'atteinte au ménisque présentée par la recourante ne fait pas partie de la liste exhaustive de l'art. 6 al. 2 LAA.

a) Les ménisques sont des structures fibrocartilagineuses situées entre le fémur et le tibia, attachées en périphérie à la capsule articulaire, et qui jouent un rôle primordial d'amortisseur (entre les condyles fémoraux et les plateaux tibiaux) et d'absorption des chocs. Ils sont constitués chacun de trois parties : la corne postérieure, le segment moyen et la corne antérieure.

Les lésions dégénératives du ménisque (LMD) sont définies comme des lésions non traumatiques se développant progressivement sous forme d'une fissure horizontale au sein du ménisque chez un patient adulte. La partie centrale du ménisque devient plus fragile et peut être le point de départ de lésions parfois complexes. Les LMD sont souvent asymptomatiques et situées au segment postérieur du ménisque interne. Elles peuvent apparaître après un traumatisme mineur ou être déclenchée lors de mouvements de torsion ou d'accroupissement. Seule une lésion de grade III correspond à une déchirure et est objectivable à l'arthroscopie. Cet hypersignal correspond à une dégénérescence mucoïde concomitante à une altération de la structure micro- et macroscopique du ménisque témoignant d'une diminution de sa fonction (Billières/Miozzari/Lübbecke/Hannouche, Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ?, Revue Médicale Suisse 2017, volume 13, pp. 2173 ss et les références).

b) En l'espèce, il ressort du compte-rendu d'IRM du 12 novembre 2019 que la recourante a présenté une fissure sans fragment instable de la corne postérieure du ménisque interne. En se basant sur les pièces « papier » uniquement et sur le descriptif d'IRM, le

médecin-conseil de l'intimée a retenu dans un premier temps une méniscopathie de grade II (cf. avis du 23 décembre 2019). Dans son appréciation détaillée du 23 mars 2020, après examen des images radiologiques, il a noté le diagnostic de méniscopathie interne de grade I. Il n'y a pas de contradiction entre ces deux rapports. Comme l'a expliqué le Dr R._____, il a été en mesure de préciser son avis et son diagnostic après avoir procédé à un examen minutieux de l'imagerie à sa disposition. Quoi qu'il en soit, en l'espèce, n'est pas déterminante la qualification de la lésion méniscale en lésion de grade I ou II ; la question est de savoir si la lésion relève du grade III. En effet, au regard des principes précités, seul le grade III correspond à une déchirure au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Or, le Dr R._____ est pleinement convaincant lorsqu'il expose, dans son avis du 15 septembre 2020 relatif à la différence de classification de la lésion méniscale, que pour le stade III, le critère diagnostique essentiel est la solution de continuité de la surface méniscale, traduction d'une « déchirure » macroscopiquement appréciable. En l'occurrence, la recourante ne présentant pas de solution de continuité de la surface, ou en d'autres termes, de signal atteignant le bord libre du ménisque, le grade III ne saurait être retenu. Rien au dossier ne laisse supposer que l'avis du médecin-conseil n'est pas probant en ce sens qu'il écarte une méniscopathie de grade III, le Dr H._____ confirmant également l'absence de déchirure au niveau de la corne postérieure du ménisque interne et la présence d'une atteinte méniscale de grade I à II (cf. courrier du 9 octobre 2020 au conseil de la recourante). En outre, l'avis du Dr H._____ selon lequel la lésion est d'origine traumatique et non dégénérative, ne revêt pas une valeur probante suffisante pour remettre en cause l'appréciation du Dr R._____, dès lors qu'il se fonde sur un raisonnement du type "*post hoc ergo propter hoc*" (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018, consid. 3.1).

c) En définitive, tant le Dr R._____ que le Dr H._____ considèrent que la recourante ne présente pas de déchirure du ménisque au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA. C'est ainsi à juste titre que la décision attaquée a nié l'existence d'une lésion assimilée à un accident et partant, le droit à des prestations LAA.

7. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise telle que sollicitée par la recourante, ainsi que l'audition du Dr H._____, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**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 20 avril 2020 par T._____ est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Rébecca Grand (pour D. _____),
- T. _____,
- 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 :