

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

K._____, à [...], France, recourante, représentée par Me David Métille, à Lausanne,

et

N._____, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, à Monthey.

Art. 6 et 36 al. 1 LAA, art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. a) K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, travaille depuis le 1^{er} janvier 2014 en qualité de directrice au sein de l'entreprise U._____ SA. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

b) Le 18 décembre 2015, alors qu'elle se trouvait à son domicile, l'assurée a trébuché sur une marche d'escalier et chuté. Son genou droit a été touché. Devant la persistance des douleurs, K._____ a consulté le 6 janvier 2016 son médecin traitant, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale. Elle s'est ensuite soumise à une imagerie à résonance magnétique (IRM), exécutée le 11 janvier 2016 par les Drs X._____ et S._____, spécialistes en radiologie. Ces derniers ont constaté une fissure horizontale (grade III) de la corne antérieure du ménisque externe du genou droit, s'étendant au segment moyen. Les spécialistes ont également relevé l'absence d'anomalie ostéochondrale, d'anomalie tendino-ligamentaire ainsi que le respect du ménisque interne.

c) Le 20 janvier 2017, alors qu'elle se rendait au travail, l'assurée a chuté sur de la glace. Au moyen d'une déclaration de sinistre du 17 février 2017, l'employeur a annoncé cette « rechute » K._____

A la suite de cet événement, K._____ a été adressée au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport médical pour rechute du 2 mars 2017, ce médecin a retenu une fissure de grade III du ménisque externe du genou droit plus ou moins discoïde. Concernant la poursuite du traitement, le médecin a préconisé une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie du genou droit.

Par décision du 20 mars 2017, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance concernant la rechute due aux séquelles du sinistre du 18 décembre 2015. S'appuyant sur un avis médical du 17 mars 2017 établi par la Dresse T._____, médecin d'arrondissement, la CNA a

estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 18 décembre 2015 et les lésions déclarées par l'assurée.

Le 1^{er} mai 2017, par l'intermédiaire de son conseil Me David Métille, l'assurée a formé opposition à la décision rendue le 20 mars 2017 par la CNA, concluant à son annulation ainsi qu'à l'admission de son opposition, en ce sens que la CNA lui reconnaît le droit au versement des prestations de l'assurance-accidents consécutives à son accident du 20 janvier 2017. Elle a subsidiairement conclu à l'établissement d'une expertise orthopédique. Elle alléguait que la chute du 20 janvier 2017 devait être considérée comme un nouvel événement accidentel, ce dernier étant à l'origine des troubles actuellement ressentis. A l'appui de son opposition, l'intéressée a fourni un rapport médical du 25 avril 2017, le Dr D. _____, expliquant ce qui suit :

Voici quelques renseignements concernant la patiente susnommée, qui a présenté un accident le 18 décembre 2015 avec douleurs de son genou droit, qui se sont parfaitement résolues et qui lui ont permis de reprendre toutes ses activités quotidiennes et sportives sans limitation. Aucune douleur présente.

Par contre, le 20 janvier 2017, elle rate une marche, glisse et chute sur la glace, suivi de douleurs persistantes de son genou droit.

A l'examen clinique, du 13 février, on note un épanchement intra-articulaire avec choc rotulien, douleur du ménisque externe avec tests méniscaux positifs. Douleurs en extension et limitation de flexion.

Je revois cette patiente le 24 avril 2017 avec examen clinique parfaitement superposable à février, donc sans amélioration aucune. Le rapport d'IRM du 11 janvier 2016 montrait déjà l'existence d'un ménisque externe d'aspect discoïde avec fissure horizontale de grade III de la corne antérieure du ménisque externe s'étendant au segment moyen.

Ces lésions ne sont absolument pas d'ordre dégénératif, le ménisque externe discoïde étant une variante anatomique et non pas une lésion dégénérative.

Au vu donc, du résultat de cet examen de l'année passée, de l'examen clinique qui est sans évolution en l'espace de deux mois, je confirme l'indication opératoire.

Je pense que contrairement à ce qui a été déclaré comme rechute due à des séquelles du 18 décembre 2015, il faut vraiment insister sur le fait que la patiente a eu un réel nouvel accident, le 20 janvier 2017, qui a largement péjoré une situation qui était jusqu'alors parfaitement guérie.

A la suite de l'opposition précitée, la CNA a à nouveau soumis le cas de l'assurée à la Dresse T._____. Dans son rapport médical du 23 mai 2017, elle a retenu les éléments suivants :

Sur le plan médical, qu'il s'agisse d'une nouvelle chute ou d'une rechute, cela n'a pas beaucoup d'importance. L'indication opératoire se base sur une IRM du 11.01.2016, soit près d'une année auparavant. Cette IRM retenait une fissure horizontale grade III de la corne antérieure du ménisque externe s'étendant au segment moyen avec un aspect discoïde de ce même ménisque.

Le ménisque externe peut être discoïde, il s'agit d'une forme de disque différente d'origine congénitale et qui recouvre la totalité du plateau tibial externe. Il est reconnu que ce ménisque discoïde est plus fragile et peut se déchirer, notamment chez l'enfant. Par ailleurs, une déchirure horizontale est fortement évocatrice d'une lésion survenant sur un ménisque dégénératif, c'est-à-dire vieillissant, chez un sujet d'âge mur au-delà de 45 ans, le plus souvent spontanément. Par ailleurs, les douleurs sont plus intermittentes, moins violentes et ressenties plutôt comme un gêne, ce qui pourrait expliquer le délai de plus d'une année entre l'IRM de janvier et l'annonce de rechute faite le 17.02.2017.

Comme nous l'avons déjà retenu le 17 mars 2017, l'assurée présente une fissure horizontale grade III de la corne antérieure du ménisque externe s'étendant au segment moyen dont l'origine dégénérative est la plus vraisemblable. Par ailleurs, l'assurée présente un ménisque discoïde qui est reconnu comme étant plus fragile et donc plus susceptible de présenter une fissure ou une déchirure et même sans traumatisme important ou sans entorse grave du genou.

Au vu de ce qui précède, nous retenons que les troubles évoqués actuellement par l'assurée suite à sa déclaration du 17.02.2017, sont en relation de causalité tout au plus possible avec l'événement du 18.12.2015 tout comme l'intervention proposée par le Dr D._____. Selon toute vraisemblance, une origine dégénérative, et en plus en lien une atteinte congénitale du ménisque, est à retenir pour expliquer la fissure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe.

L'assurée n'a pas amené d'autres éléments médicaux susceptibles de modifier notre appréciation du 17.03.2017 dont les conclusions restent parfaitement valables.

Le 12 juin 2017, le Dr D._____ a pratiqué l'arthroscopie du genou droit préconisée. L'évolution s'étant avérée favorable, K._____ a pu reprendre son activité professionnelle à plein temps dès le 31 juillet 2017.

Le 26 juin 2017, l'assurée s'est déterminée sur le rapport médical de la Dresse T._____. Elle a confirmé ses conclusions prises lors de son opposition du 1^{er} mai 2017 en contestant la valeur probante du rapport médical en question, soutenant que l'avis du Dr D._____ devait être suivi. Elle relevait que, selon ce dernier, son ménisque était banal et non discoïde, la Dresse T._____ se basant uniquement sur cette particularité afin de retenir l'origine malade des troubles subis. En cas de remise en doute des appréciations médicales du Dr D._____, l'assurée a indiqué qu'elle s'opposerait à la transmission du dossier à la Division médicale des assurances, compte tenu de la partialité des appréciations médicales qui en ressortaient. A l'appui de ses déterminations, l'assurée a produit un rapport médical du 13 juin 2017 établi par le Dr D._____, dont sont extraits les éléments suivants :

[...]

Point 5 :

Effectivement, l'accident du 20 janvier 2017, constitue un facteur des plus minime en vue d'expliquer l'apparition respectivement de la persistance des douleurs présentées par la patiente, étant donné que les déchirures méniscales étaient présentes déjà avant ce nouvel accident et avaient d'ailleurs les mêmes symptômes avant ce nouvel accident de janvier 2017.

Point 6 :

Je ne peux pas me rallier aux conclusions du Dr T._____, qui insiste avec la fragilité externe discoïde en rapport avec cette déchirure méniscale. Par contre à présent, certainement que la patiente présente également un ménisque externe, d'aspect discoïde du genou gauche que ne la fait absolument pas souffrir. On peut décidément dire que cet accident de 2015 voir de 2007 [rect. 2017], ont générés cette déchirure suivi de symptômes et de l'indication opératoire.

Devant cette divergence d'opinions, la CNA a confié la réalisation d'une appréciation orthopédique à son Centre de compétence de médecine des assurances. Dite appréciation, réalisée le 3 janvier 2018 par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie, comporte les éléments suivants :

Dans l'affaire qui nous occupe ici, l'IRM effectuée 24 jours après l'accident ne montre aucun œdème osseux, et en particulier aucun œdème osseux en regard de la lésion méniscale externe. Cela veut

dire qu'il n'y a très probablement pas eu de traumatisme suffisant à ce niveau pour provoquer un œdème osseux.

Et s'il n'y a pas eu de traumatisme suffisant pour provoquer un œdème osseux, il n'y a très probablement pas eu de traumatisme susceptible pour provoquer une lésion méniscale.

Du reste, l'anamnèse est également en faveur du fait qu'il s'agissait d'une lésion dégénérative. En effet, il n'a jamais été question lors de la chute de l'assurée du 18.12.2015 sur son genou droit (comme du reste lors des chutes de 2017 déclarées par l'assurée), ni de flexion forcée ou de torsion de ce genou le pied droit bloqué ; il n'a été chaque fois question que de chute.

De plus, la chute du 18.12.2015 n'a pas entraîné de symptomatologie importante pour que l'assurée consulte rapidement. En effet, elle n'a consulté que 19 jours plus tard, après avoir ressenti *une vive douleur sur le moment. Ensuite douleurs fluctuantes avec boiterie à la marche et douleurs à la descente des escaliers* (cf. rapport médical initial du Docteur J._____, spécialiste en médecine générale, du 23.02.2017).

Enfin, et c'est le point le plus déterminant, la seule lésion que montre l'IRM du 11.01.2016 est la déchirure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe s'étendant au segment moyen. Et cette lésion correspond, comme nous l'avons plus haut, typiquement à une L.M.D (lésion méniscale dégénérative) de grade III.

L'assurée était du reste alors tout à fait dans la tranche d'âge pour présenter une telle lésion dégénérative de son ménisque externe.

[...]

Conclusion

La chute qu'a faite l'assurée le 18.12.2015 n'a très probablement entraîné aucune lésion structurelle. En fait, cette chute, qui a entraîné une douleur fluctuante avec boiterie à la marche et douleurs à la descente des escaliers, n'a motivé une consultation que 19 jours plus tard ; une IRM effectuée à 24 jours de la chute ne montre aucune lésion traumatique, même pas d'œdème osseux ; cette IRM montre par contre une lésion typiquement dégénérative du ménisque externe, sous forme d'une fissure horizontale de sa corne antérieure s'étendant jusqu'à son segment moyen, correspondant à une L.M.D (Lésions Méniscale Dégénérative) de grade III.

Une IRM de mai 2017 montre l'évolution typique de la lésion dégénérative du ménisque externe qui est passée d'une L.M.D de grade III à une L.M.D de grade IV, avec présence d'une déchirure radiaire.

Cette IRM ne montre par ailleurs aucune lésion qui puisse être mise en relation avec un traumatisme, en dehors d'un œdème osseux correspondant à un traumatisme direct de la face antérieure de la partie proximale du tibia ne pouvant pas entraîner la moindre séquelle, ni être mise en relation avec la moindre lésion méniscale.

Les chutes déclarées par l'assurée en 2017 n'ont pas entraîné de lésion structurelle et n'ont du reste pas entraîné de modification de

la symptomatologie de l'assurée (cf. fin du point 5 de la lettre du Docteur D. _____ du 13.06.2017).

Les trouvailles opératoires de l'orthopédiste sont enfin également en faveur de la présence, dans le genou droit de l'assurée, de lésions dégénératives d'une partie du ménisque externe et des conséquences de l'évolution de ces lésions.

Nous ne pouvons donc que confirmer que les lésions que présentait l'assurée au niveau de son genou droit lors de l'arthroscopie du 12.06.2017 étaient très certainement d'origine dégénérative et n'avaient pas de relation de causalité atteignant une vraisemblance prépondérante avec les chutes déclarées par l'assurée depuis décembre 2015.

Les chutes qu'a déclarées l'assurée depuis décembre 2015 n'ont entraîné aucune lésion structurelle et n'ont donc pas pu déployer leurs effets au-delà d'une certaine durée qui, ici, n'a pas pu dépasser 3 mois. En effet, si la pratique médicale et asséurologique nous enseigne qu'un traumatisme n'ayant entraîné aucune lésion structurelle a des conséquences symptomatiques plus importantes s'il survient sur une articulation présentant un status dégénératif peu important, et en se basant sur les renseignements anamnestiques à notre disposition, les examens cliniques des Docteurs J. _____ (du 06.01.2016) et D. _____ (cf. son rapport de mars 2017 et l'IRM de mai 2017), ainsi que sur les IRM de janvier 2016 et mai 2017, il est pour le moins probable que ces chutes n'aient pas pu déployer d'effets plus de 3 mois.

Par décision sur opposition du 5 janvier 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle estimait qu'il y avait lieu de suivre l'avis de la Dresse T. _____, entériné par le Dr V. _____. Ce dernier, fort d'une analyse précise, fouillée et documentée, confirmait que les troubles qui avaient conduit à l'arthroscopie ne pouvaient pas être mis sur le compte des accidents couverts par la CNA. D'autres mesures d'instruction ne se révélaient en l'occurrence pas nécessaires. Par ailleurs, même si le Dr V. _____ a admis que les accidents annoncés ont déployés des effets pendant trois mois, les éléments au dossier ne permettaient pas d'admettre que l'assurée avait nécessité des soins pour les événements des 20 janvier et/ou du 21 mars 2017.

B. **a)** Par acte de recours du 6 février 2018, K. _____ 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 l'annulation de la décision sur opposition précitée, subsidiairement, à l'établissement d'une expertise orthopédique ou, éventuellement, au renvoi du dossier à la CNA pour instruction

complémentaire. A son avis, les docteurs T._____ et V._____ ne possédaient pas les compétences nécessaires afin de se prononcer sur son cas, n'ayant d'ailleurs jamais eu l'occasion de l'examiner. Au vu du contenu des différents avis médicaux, il était justifié de ne pas accorder la moindre valeur probante aux analyses médicales opérées par les médecins précités, au contraire de celles, cohérentes, complètes et claires, établies par le Dr D._____. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport médical du 16 janvier 2018 dans lequel le Dr D._____ s'est prononcé sur l'appréciation orthopédique du Dr V._____, relevant les éléments suivants :

D'une manière générale, je ne suis pas en mesure de me rallier aux considérations d'ordre scientifique développées par le Dr V._____ et son appréciation médicale, car malgré toute les études proposées, il s'agit toujours de pourcentage d'affection x ou y, il faut juste savoir que chaque cas est différent et un cas unique.

Cette patiente a clairement fait un mouvement de pivot lors de son premier accident avec déchirure méniscale qui effectivement après avoir attendu environ 2 ans, après le traitement, on peut bien imaginer que la lésion méniscale fraîche, est devenue dégénérative. De plus, une lésion osseuse à l'IRM après accident, n'est pas obligatoire et dans son cas, effectivement, elle n'en avait pas.

Du fait que la patiente consulte 19 jours après le traumatisme est non plus pas un élément à prendre en considération en rapport avec l'accident ou pas, étant donné que mes patients ne viennent pas forcément le lendemain de leur accident au cabinet et aussi, en fonction du genou et l'utilisation de son genou ont généré les douleurs avec le temps, ce qui est tout à fait normal.

Question deux, je ne me rallie pas à l'appréciation du Dr V._____, qui fait état d'œdème osseux en rapport avec l'accident, car il est effectivement présent chez des accidents avec haute énergie mais pas forcément avec des accidents à basse énergie.

Question trois, je ne me rallie pas à l'appréciation du Dr V._____, concernant l'évolution de ce ménisque, étant donné qu'un ménisque déchiré en 2015 est un ménisque instable et qui à l'utilisation, peut avoir différente forme d'évolution, dont une augmentation de la lésion ou de la déchirure, que ce soit horizontale ou radiaire, en fonction des activités et des différents traumatismes subit ultérieurement.

Un œdème osseux, après traumatisme, n'est pas forcément la règle et en plus n'est pas forcément symptomatique. Ces œdèmes ont été mis en évidence progressivement avec l'apparition de l'IRM chez des patients parfaitement asymptomatiques.

Question quatre, je ne vois pas à quel examen le docteur fait référence, aux clichés pris par mes soins étant donné que je n'ai pas fait de radiographies de son genou au cabinet et que les éléments IRM ont été faits dans des institutions de radiologie.

Question cinq, il est impossible de juger des douleurs dégénératives ou post-traumatiques, que ce soit avec un accident ou autre.

Question six, la chute du 20 janvier 2017, a certainement aggravé une situation préexistante, rendant l'intervention nécessaire en rapport avec le handicap présenté par la patiente.

Question sept, je n'ai pas de réponse.

Question huit, je ne suis pas en mesure de me rallier aux conclusions du Dr V. _____, qui sont purement académiques alors que de mon côté, j'ai suivi une patiente avec des plaintes et un handicap certain, en rapport avec ses deux accidents successifs qu'elle a présenté.

Question neuf, il faut rappeler que la patiente n'a jamais présenté aucune plainte de son genou droit, avant son premier accident de 2015, alors que si elle avait présenté une lésion dégénérative de son ménisque, elle aurait certainement déjà eu quelques symptômes avant-coureur avec épanchements itératifs, douleurs ou handicaps dans certaines activités, ce qui n'a absolument pas été le cas, alors que depuis l'accident, les choses ont décompensés progressivement et que la chirurgie a heureusement résolu ses plaintes.

b) Dans sa réponse du 9 mars 2018, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. A son avis, il était faux de taxer l'appréciation de son Centre de compétence de purement académique. Dite appréciation était complète et approfondie, répondant clairement à la question de savoir si un lien de causalité pouvait être retenu entre les diverses chutes connues par l'assurée et l'état actuel de son genou. Parfaitement convaincante, elle était suffisante afin de fonder sa décision. Sa position était d'ailleurs d'avantage critiquée par l'assurée eu égard aux qualifications respectives des personnes qui se sont prononcées que par des arguments d'ordre médical.

c) Répliquant en date du 10 avril 2018, K. _____ a confirmé ses conclusions. Elle alléguait qu'en présence d'avis médicaux à caractère contradictoire et fournis dans la seule optique de contester toute relation de causalité entre la chute du 20 janvier 2017 et les troubles annoncés le 17 février 2017, on ne pouvait leur accorder la moindre valeur probante. En l'occurrence, il ne saurait être question de purement et simplement trancher en faveur des avis médicaux internes à l'assurance-accidents.

d) Dupliquant le 1^{er} mai 2018, la CNA a continué à s'en tenir aux avis médicaux des Drs T._____ et V._____, les estimant suffisants et fondés. Au vu des pièces au dossier, il était possible de confirmer qu'on ne pouvait pas retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'état du genou de l'assurée et les événements accidentels rapportés.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 20 janvier 2017.

3. **a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou 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). En vertu de l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir (a) au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital ; (b), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste ; (c) au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital ; (d) aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin ; (e) aux moyens et appareils servant à la guérison.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

c) 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 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

4. a) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, 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, également en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, 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 :

- 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),
- les lésions du tympan (let. h).

b) Le nouvel art. 6 al. 2 LAA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, prévoit désormais que 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.

c) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA - dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) - 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c).

d) A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. 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 (ATF 129 V 466 consid. 4 et 123 V 43 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2).

e) L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée 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 sollicité le corps, en particulier les membres, de manière 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).

5. 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 présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 ; consid. 5).

6. a) En l'espèce, au vu des pièces médicales versées au dossier, la recourante a présenté à la suite du premier événement accidentel, une chute dans les escaliers le 18 décembre 2015, une déchirure partielle du ménisque. Si cette déchirure n'a pas entraîné de douleurs prononcées ni même d'arrêt de travail, la symptomatologie s'est effectivement aggravée à la suite du deuxième événement accidentel du 20 janvier 2017. En effet, lors de sa consultation du 13 février 2017, le Dr D._____ a relevé un épanchement intra-articulaire avec choc rotulien, une douleur du ménisque externe avec des tests méniscaux positifs ainsi que des douleurs en extension et une limitation de la flexion. A la teneur de l'art. 6 al. 2 LAA et de l'art. 9 al. 2 aOLAA, une déchirure du ménisque est en principe considérée comme une lésion assimilée à un accident. Alors que le Dr D._____ prétend que les symptômes ressentis par la recourante

trouvent leur origine dans l'accident de 2015, voire celui de 2017, les Drs T._____ et V._____ soutiennent que les lésions que présentait l'assurée au niveau de son genou droit étaient très certainement d'origine dégénérative. Elles n'avaient ainsi pas de relation de causalité atteignant une vraisemblance prépondérante avec les chutes déclarées par l'assurée depuis le mois de décembre 2015. La seule question qu'il convient d'examiner en l'occurrence est, par conséquent, de savoir si la déchirure partielle du ménisque a une origine dégénérative ou accidentelle.

b) En l'occurrence, rien ne permet de penser que la lésion subie par la recourante résulte, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un processus essentiellement dégénératif. En effet, le Dr V._____ formule, dans son appréciation orthopédique, une série d'hypothèses, utilisant de nombreux conditionnels (la formulation « très probablement » ressortant à de nombreuses reprises concernant l'absence de traumatisme ainsi que les termes « très certainement » en lien avec l'origine dégénérative de la lésion). Dites hypothèses, si elles tentent de rapprocher le cas d'espèce avec des situations de lésion dégénérative telles que décrites dans la littérature médicale, ne permettent en aucune manière d'exclure dans le cas d'espèce l'origine traumatique de la lésion subie par la recourante. Formuler des hypothèses ne suffit pas ; encore faut-il qu'elles puissent être vérifiées par des éléments qui ressortent concrètement du dossier médical.

c) Dans le cas d'espèce, il convient de privilégier le point de vue du Dr D._____, lequel apparaît bien plus convaincant. En effet, le médecin soulève à juste titre l'absence totale de symptômes avant-coureurs d'un éventuel syndrome dégénératif chez la recourante, cette dernière ayant au contraire subi une décompensation progressive dès sa première chute. Il se prononce également de manière satisfaisante sur la problématique de l'absence d'un œdème osseux, rappelant qu'il ne saurait constituer la condition *sine qua non* de l'existence ou non d'un traumatisme. D'une manière plus générale, le Dr D._____ peut être suivi quand il relève qu'une approche purement théorique ne saurait être transposée sans autre à un cas d'espèce, eu égard notamment aux

particularités de chacun. Concernant finalement l'absence de consultation médicale pendant les 19 jours suivant l'événement accidentel du 18 décembre 2015, les explications fournies s'avèrent également convaincantes, étant donné que, compte tenu de la gravité de la lésion, de l'utilisation faite au quotidien du genou et du moment de la survenance effective des douleurs, les patients ne consultent pas toujours le lendemain de la survenance du traumatisme.

d) Quant au point de vue défendu par la Dresse T._____, il peut raisonnablement être écarté. En effet, celui-ci se fonde pour l'essentiel sur l'existence d'un ménisque discoïde afin de retenir l'aspect dégénératif des atteintes subies, hypothèse qui a toutefois été écartée à la suite de l'arthroscopie subie par la recourante.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à l'allocation des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 20 janvier 2017.

b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Il sied de rappeler que, en procédure de recours cantonale, il n'existe pas de droit à un remboursement intégral des dépens occasionnés, ces derniers devant être fixés par le tribunal (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., Zürich/Bâle/Genève 2015, ch. 211 ad art. 61 LPGA, p. 835 et référence citée). Ce principe vaut également pour la réglementation cantonale en

matière de dépens, soit l'art. 55 LPA-VD. En effet, l'octroi de dépens ne couvre pas l'intégralité des frais engagés par la partie qui obtient gain de cause pour défendre ses intérêts. Il s'agit d'une participation à ses frais (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, n° 1 ad art. 55 LPA-VD).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 3'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 5 janvier 2018 est réformée, en ce sens que K._____ a droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 20 janvier 2017.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à K._____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Métille, pour la recourante,
- Me Derivaz, pour l'intimée,
- 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 :