

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Jomini et Neu
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

U. _____, à Grandvaux, recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne

et

K. _____ **SA**, à Zurich, intimée

Art. 4 LPGA; 6 LAA; 9 OLAA

E n f a i t :

A. Le 8 mars 2008, U._____, né en 1955, s'est tordu le genou gauche en faisant des exercices avec des haltères. Tenant ces dernières sur ses épaules, il pliait les genoux. Lors d'une flexion, son pied gauche a glissé vers l'extérieur et il est descendu sur la jambe gauche pliée plus bas que la jambe droite. Il a ressenti des douleurs dans le genou gauche, pour lesquelles il a consulté la doctoresse N._____ le 10 mars 2008. Celle-ci a posé les diagnostics de distorsion du genou gauche avec suspicion de lésion du ménisque interne et du ligament latéral interne.

Le 28 mars suivant, l'employeur de U._____ a annoncé l'événement à K._____ SA (ci-après : la K._____ SA), auprès de laquelle il était affilié pour la couverture obligatoire d'assurance contre les accidents et maladies professionnelles de ses employés. La K._____ SA a pris en charge le traitement médical, en particulier une arthroscopie pratiquée le 28 avril 2008 par le docteur D._____, chirurgien, lors de laquelle celui-ci a constaté une déchirure du ménisque interne, une chondropathie stade III du condyle fémoral externe, stade IV fémoro-patellaire et du condyle fémoral interne au genou gauche. Le docteur D._____ a procédé à une résection partielle du ménisque interne, ainsi qu'à une résection du clapet cartilagineux au niveau du condyle fémoral interne et externe. Au terme du protocole opératoire qu'il a établi à la suite de cette intervention, le docteur D._____ a précisé ce qui suit : « Remarque : il va de soi qu'avec des lésions aussi étendues, à moyen terme, il faut compter avec une mise en place de PTG [prothèse totale du genou] à gauche ». L'assuré a subi une incapacité de travail totale du 28 avril au 11 mai 2008 et a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-accidents pendant cette période.

B. a) Le 17 novembre 2008, la K._____ SA a communiqué à l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations qui lui étaient allouées, avec effet dès le 31 octobre 2008. Elle a considéré que l'accident n'avait

entraîné qu'une péjoration passagère de son état de santé, le « statu quo sine » étant désormais atteint. Le traitement de la déchirure méniscale avait été pris en charge et les douleurs persistantes dont souffrait l'assuré découlaient d'affections dégénératives. Une éventuelle prothèse du genou gauche ne serait pas en relation avec l'accident du 8 mars 2008, mais une suite de l'état préexistant.

b) L'assuré a demandé la notification d'une décision susceptible de faire l'objet d'une opposition. Par ailleurs, le 19 novembre 2008, il a consulté le docteur J._____, qui a communiqué ses observations à la K._____ SA le 2 février 2009. Selon ce rapport, une impossibilité de marcher plus de dix minutes sans de vives douleurs, ainsi que de reprendre la moindre activité sportive, persistaient. Le bilan radiologique montrait un important pincement du compartiment interne et une imagerie par résonance magnétique avait mis en évidence une nécrose aseptique du condyle fémoral interne. Il s'agissait d'une évolution défavorable à la suite d'une ménisectomie, sous forme d'une nécrose aseptique du condyle fémoral interne. L'imagerie par résonance magnétique à laquelle se référait le docteur J._____ avait été réalisée par la doctoresse K._____, radiologue, le 27 novembre 2008. Ce médecin avait constaté, lors de l'examen en question, une nette anomalie de signal de l'os sous-chondral du condyle fémoral interne et, à moindre degré, du plateau tibial interne, évoquant en premier des zones de nécrose aseptique ou de troubles dégénératifs ostéochondraux. Pour sa part, le docteur S._____, chirurgien, également consulté par l'assuré, avait fait état de constatations identiques dans un rapport du 2 décembre 2008 :

« [...] sur les clichés radiologiques pratiqués en novembre, on note l'évolution vers un pincement de l'interligne interne avec une zone de nécrose stade IV présente sous forme d'un effondrement d'une partie de l'os sous-chondral du condyle interne et d'un kyste osseux sous-jacent. L'IRM confirme ce bilan radiologique en montrant une atteinte sévère du condyle interne et un status post ménisectomie interne partielle [...] Actuellement, le patient est très symptomatique et, compte tenu de l'atteinte sévère du condyle interne, le pronostic à terme est défavorable. Une intervention doit être envisagée sous forme d'une arthroplastie partielle ou totale du genou. [...] ».

L'assurance-accidents a demandé un avis à son médecin-conseil, le docteur C._____, qui s'est déterminé comme suit en date du 24 février 2009 :

« Le protocole opératoire montre un état dégénératif avancé (gonarthrose tricompartmentale, discopathie sévère du ménisque interne). Il s'agit d'un état manifestement dégénératif qui ne peut avoir été provoqué par l'entorse subie en mars 2008.

La déchirure du ménisque interne est certainement préexistante ; mais on ne peut écarter une déchirure survenue lors de l'événement du 8.3.2008. Raison pour laquelle nous avons pris en charge la méniscectomie partielle.

Pour une méniscectomie partielle avec évolution favorable, il faut compter un traitement d'env. 4 à 6 mois. Le statu quo sine est ainsi atteint au 31.10.2008. Ensuite, c'est l'état préexistant qui est prépondérant ».

Se référant à cette détermination, la K._____ SA a rendu le 10 mars 2009 une décision de refus de prestations pour la période postérieure au 31 octobre 2008.

c) A la suite de cette décision, U._____ a adressé plusieurs questions au docteur J._____, qui y a répondu comme suit, le 26 mars 2009 :

« 1. Les lésions provoquées directement par l'accident du 8 mars 2009 [recte : 2008] sont: une déchirure du ménisque interne et une fracture chondrale du condyle fémoral interne.
2. La nécrose aseptique du condyle fémoral interne est une lésion séquellaire de la méniscectomie interne et du débridement du condyle fémoral interne du 28 avril 2008.
3. Il existait indéniablement un état antérieur, avec un début d'arthrose au niveau de son genou gauche. L'état dégénératif s'est rapidement dégradé en raison de la méniscectomie et des lésions cartilagineuses traumatiques liées à son accident. »

Dans rapport complémentaire du 16 avril 2009, le docteur J._____ a précisé ce qui suit :

« Le fait que le patient n'ait jamais eu de plainte au niveau de son genou avant son traumatisme, il est certain que l'état dégénératif du genou antérieur à l'accident ne peut pas expliquer la déchirure du ménisque associée à la fracture chondrale. La déchirure du ménisque et la fracture chondrale sont principalement les

responsables de la nécrose aseptique qui a évolué vers une arthrose sévère. »

Le 24 avril 2009, U._____ s'est opposé à la décision du 10 mars 2009, en alléguant que les atteintes dégénératives antérieures à l'événement du 8 mars 2008 n'étaient pas la cause exclusive des douleurs persistant postérieurement au 31 octobre 2008. Invoquant l'art. 36 LAA, il s'est référé au rapport du 16 avril 2009 du docteur J._____, produit à l'appui de son opposition, et a fait valoir que la déchirure du ménisque ainsi que la fracture chondrale étaient les principales causes de la nécrose aseptique qui avait évolué vers une arthrose sévère. Il a annoncé vouloir produire encore un rapport établi par le docteur S._____ et a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale par la K._____ SA.

Par décision sur opposition du 11 juin 2009, la K._____ SA a maintenu son refus d'allouer des prestations postérieurement au 31 octobre 2008. Elle a notamment renvoyé à une prise de position du 9 juin 2009 d'un second médecin-conseil, le docteur W._____, confirmant l'avis précédemment exprimé par le docteur C._____ («Je suis d'accord avec l'appréciation du Dr. C._____. Il y a un état préexistant manifeste dans le sens d'une arthrose. Fin des prestations après 4-6 mois est en ordre» [trad.]).

C. Par acte du 17 juillet 2009, U._____ interjette un recours de droit administratif contre cette décision. En substance, il en demande, sous suite de frais et dépens, la réforme en ce sens que l'intimée continue à prendre en charge le traitement médical et à allouer des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 octobre 2008. A titre subsidiaire, il conclut au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

L'intimée s'est déterminée le 10 septembre 2009. Elle a conclu au rejet du recours en se référant notamment à une prise de position du docteur C._____ du 25 août 2009, qu'elle a produit à l'appui des ses conclusions. Selon ce rapport, le genou gauche du recourant présentait un

état dégénératif sévère au niveau des condyles fémoraux interne et externe, avant l'accident du 8 mars 2008. L'œdème du plateau tibial interne, décrit sur une IRM du 26 mars 2008, était très probablement le résultat des sollicitations mécaniques du condyle interne, qui était sans cartilage en zone de charge. Le ménisque interne était le siège d'une méniscopathie sévère et il était possible que l'événement survenu le 8 mars 2008 ait provoqué ou aggravé une déchirure de ce ménisque pathologique. La déchirure méniscale se trouvait au niveau de la corne postérieure. Ce type de déchirure est fréquent en présence d'un genou arthrosique et chez un patient âgé de plus de 50 ans. Toutefois, on ne pouvait pas déterminer l'âge de la déchirure du ménisque, de sorte que c'était à juste titre que la K. _____ SA avait pris en charge la méniscectomie interne effectuée le 28 avril 2008. Cette méniscectomie ne pouvait être tenue pour responsable de la mauvaise évolution du genou. Au cours de l'intervention, le chirurgien avait pratiqué la résection du clapet cartilagineux au condyle interne et au condyle externe à l'aide d'un shaver et d'un rongeur, afin de nettoyer les débris cartilagineux et le cartilage malade. En fin d'intervention, les deux condyles étaient nus, ce qui était en corrélation avec les troubles dégénératifs ostéo-chondraux décrits sur la résonance magnétique effectuée le 27 novembre 2008. En conclusion, le docteur C. _____ ajoutait ce qui suit :

«Je pense que le genou gauche de M. U. _____ ne présente pas une nécrose aseptique. Il s'agit très probablement d'images reflétant les troubles dégénératifs ostéo-chondraux décrits sur la résonance magnétique effectuée le 27 novembre 2008. Ces images sont le reflet de modifications arthrosiques préexistantes, post-arthroscopiques et post-chondrectomie. Au vu de l'état dégénératif prépondérant au niveau du genou gauche, qui est préexistant à l'accident du mois de mars 2008, il n'est pas judicieux d'admettre qu'une méniscectomie puisse être responsable de cette situation. Avec une forte probabilité, il s'agit d'un genou qui devra bénéficier de la mise en place d'une prothèse totale à court terme, dont la prise en charge incombera à la caisse maladie.»

Les parties ont maintenu leur point de vue dans de nouvelles déterminations déposées les 7 octobre 2009 (recourant) et 28 octobre 2009 (intimée).

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, plus particulièrement au paiement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, pour la période postérieure au 31 octobre 2008. En substance, l'intimée soutient, contrairement au recourant, que les atteintes à la santé dont souffre encore le recourant postérieurement à cette date ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 8 mars 2008.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique (art. 4 LPGA).

b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : 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. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht, Vol. XIV, 2ème éd., n. 79 p. 865).

c) Si 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 malade 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 consid. 4b ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 80 p. 865). 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 événement (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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.

d) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'événement du 8 mars 2008 revêt un caractère accidentel. Il est par ailleurs établi, au regard de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, que le genou gauche du recourant présentait des lésions dégénératives avancées avant cet accident. En ce qui concerne ces lésions – dont il convient d'exclure la déchirure méniscale traitée le 28 avril 2008 (cf. consid. 4 ci-après) – , on doit également tenir pour vraisemblable, de manière prépondérante, qu'elles avaient évolué vers le *statu quo sine* le 31 octobre 2008. La persistance d'une aggravation de ces lésions dégénératives, due à l'accident, postérieurement à cette date, ne constitue qu'une possibilité, qui n'est toutefois pas suffisamment vraisemblable pour fonder le droit aux prestations litigieuses. Sur ce point, les différents rapports établis par le docteur C._____ sont probants et ne sont pas sérieusement contredits par les autres avis médicaux au dossier. En particulier, on ne saurait se fonder, sur ce point, sur les avis du docteur J._____, dont l'argumentation repose essentiellement sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, auquel la jurisprudence ne reconnaît pas un caractère décisif (cf. consid. 3c ci-avant).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant toutefois qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs : 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 116 V 136, consid. 4a ; 147, consid. 2b et les références).

b) 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. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43, consid. 2b ; 116 V 145, consid. 2c ; 114 V 298, consid. 3c). 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.

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de la vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 ; U 378/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.2.2 ; TFA U 60/03 du 28 juin 2004, consid. 3.3).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère

extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause, car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007, déjà cité, consid. 3.2).

c) En l'occurrence, il est établi que le recourant a présenté une déchirure méniscale à la suite de l'accident du 8 mars 2008. Cette lésion doit être assimilée à un accident, dont on n'admettra pas l'évolution vers un statu quo sine avant qu'elle soit clairement établie, la seule vraisemblance prépondérante n'étant pas suffisante. Les rapports du docteur C. _____ semblent établir cette évolution, de manière suffisamment probante, pour le 31 octobre 2008 au plus tard. Il convient toutefois de renoncer à trancher définitivement cette question dans la présente procédure, dès lors qu'un expert devra de toute façon être désigné par l'intimée, pour les motifs exposés ci-après (cf. consid. 5). L'expert désigné pourra donc également clarifier cet aspect de l'état de fait.

5. a) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ

d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (ATF 128 V 169, consid. 1c ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit., n. 140 ss.).

L'art. 6 al. 3 LAA s'applique aussi bien en cas de traitement de lésions causées par un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, que de lésions assimilées à un accident au sens des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 1 OLAA. Dans l'un et l'autre cas, le rapport de causalité entre le traitement et l'atteinte à la santé doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, l'art. 10 LAA, et par conséquent l'art. 6 al. 3 LAA, trouvent également application lorsque l'assurance-accidents prend en charge une intervention chirurgicale destinée à traiter à la fois des lésions purement dégénératives et des lésions accidentelles ou assimilées à un accident.

b) Lors de l'IRM du genou gauche pratiquée le 27 novembre 2008, la doctoresse K._____ a constaté une nette anomalie de signal de l'os sous-chondral du condyle fémoral interne et, à moindre degré, du plateau tibial interne, qui évoquait en premier des zones de nécrose aseptique ou de troubles dégénératifs ostéochondraux. Dans un rapport du 2 décembre 2008, le docteur S._____ considère que les clichés radiologiques pratiqués en novembre mettent en évidence une zone de nécrose stade IV sous forme d'un effondrement d'une partie de l'os sous-chondral du condyle interne et d'un kyste osseux sous jacent ; l'IRM confirme ce bilan radiologique en montrant une atteinte sévère du condyle interne et un status post ménisectomie interne partielle. Enfin, dans un rapport du 2 février 2009, le docteur J._____ expose lui aussi que la ménisectomie pratiquée le 28 avril 2008 a évolué défavorablement sous forme d'une nécrose aseptique du condyle fémoral interne. Au regard de ces trois rapports médicaux, on ne peut exclure, sans instruction complémentaire, que l'assuré souffre encore d'atteintes à la santé dues, au moins partiellement, à l'intervention du 28 avril 2008. Compte tenu du

rapport du 2 février 2009 du docteur J._____, dont elle disposait, ainsi que des arguments présentés dans l'opposition à la décision du 10 mars 2009, l'intimée ne pouvait statuer sur la seule base des prises de position lapidaires de ses deux médecins-conseil, des 24 février et 9 juin 2009, qui passent totalement sous silence le diagnostic de nécrose aseptique. Il lui appartenait de compléter l'instruction en demandant, pour le moins, le rapport médical du docteur S._____ auquel se référait l'assuré, ainsi qu'une prise de position plus étayée de ses médecins-conseils. Par la suite, après l'ouverture d'une procédure de recours, l'intimée a produit un rapport établi le 25 août 2009 par le docteur C._____, dans lequel celui-ci expose que de son point de vue, les examens radiologiques et l'IRM pratiqués en novembre 2008 n'établissent pas le développement d'une nécrose aseptique. Mais si ce rapport est un peu plus détaillé que celui établi le 24 février 2009, il reste très peu étayé en ce qui concerne l'absence de nécrose aseptique. Sur ce point, le docteur C._____ se limite à l'affirmation de son point de vue, qui ne suffit pas à réfuter les avis divergents exposés plus particulièrement par les docteurs J._____ et S._____. Ces derniers ne revêtent certes pas une valeur suffisante pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présente une nécrose aseptique du condyle fémoral, due le cas échéant au moins partiellement à l'intervention pratiquée le 28 avril 2008. Ils justifient néanmoins d'ordonner un complément d'instruction sur ce point, sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA.

6. Vu ce qui précède, la décision sur opposition du 11 juin 2009 est annulée et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant peut prétendre des dépens à la charge de l'intimée (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). La procédure est gratuite (art. 45 LPA-VD et 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition du 11 juin 2009 de K._____ SA est annulée et la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. L'intimée versera une indemnité de dépens de 2'500 (deux mille cinq cents) francs au recourant.

- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour U._____),
- K._____ 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).

La greffière :