

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par Me Sara Giardina, avocate à Nyon,

et

T._____, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé le 4 janvier 2016 en tant que responsable informatique pour le compte de la société N._____ (ci-après : l'employeur). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'T._____ (ci-après : T._____ ou l'intimée).

Le 21 juin 2018, l'assuré a été bousculé par un tiers alors qu'il marchait, sa jambe droite alors en appui sur le bord du trottoir. Son pied droit a glissé et il a ressenti une douleur au genou droit, sans notion de chute ou de heurt. La douleur allant en s'accroissant, il a consulté le lendemain le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant. Ce médecin a prescrit un arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2018 et a requis un examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM).

T._____ a pris en charge les suites de cet événement du 21 juin 2018.

Dans un rapport d'IRM du genou droit du 26 juin 2018, rendant compte d'un examen réalisé le 25 juin 2018, le Dr V._____, spécialiste en radiologie, a notamment mentionné une ulcération mettant à nu l'os sous-chondral, tout le versant postérieur de la zone portante du plateau tibial et du condyle fémoral externe, une ulcération et fissuration du cartilage du 1/3 moyen de la rotule touchant pratiquement la moitié de l'épaisseur du cartilage prédominant au niveau de la crête de la rotule. En relation avec le ligament croisé antérieur, ce spécialiste indiquait qu'il présentait un aspect grêle et à peine reconnaissable et allait jusqu'à mettre en doute sa fonctionnalité compte tenu de l'importante difficulté à déceler les fibres en continuité. Il a conclu comme suit :

« Gonarthrose très avancée touchant le compartiment fémoro-tibial externe. Amputation de la majeure partie de la substance du ménisque externe et aspect très hétérogène de la corne postérieure

du ménisque. Hétérogénéité touchant également la corne postérieure et le corps du ménisque interne entrant dans le même contexte. Ligament croisé antérieur à peine reconnaissable devant faire suspecter un status après rupture de ce dernier.

Œdème sous-chondral du plateau tibial externe.

Discret épanchement intra-articulaire.

Fissuration touchant la moitié de l'épaisseur du cartilage rotulien du 1/3 moyen de ce dernier prédominant au niveau de la crête de la rotule. »

Le 1^{er} juillet 2018, l'assuré a repris son travail auprès de la société N._____.

Répondant à un questionnaire d'T._____ relatif à l'accident du 21 juin 2018, l'assuré a indiqué qu'il avait déjà souffert de son genou droit à la suite d'un accident survenu le 12 mai 2014 pris en charge par K._____ (ci-après : K._____).

Dans un rapport du 31 juillet 2018 adressé à T._____, le Dr H._____ a observé que l'IRM du genou droit du 25 juin 2018 avait confirmé une lésion du ligament croisé antérieur, une lésion du ménisque externe, une lésion de la corne postérieure du ménisque interne et un léger épanchement. Compte tenu de ces atteintes, il a préconisé une arthroscopie du genou droit.

Sollicitée par la Clinique des [...] pour la prise en charge de cette intervention chirurgicale, prévue le 15 octobre 2018, T._____ a demandé l'avis de son médecin-consultant. Dans un avis du 23 août 2018, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu par la négative à la question de savoir si l'IRM du 25 juin 2018 montrait des lésions fraîches accidentelles en relation avec l'événement du 21 juin 2018. Il a mentionné une « ancienne lésion » et conclu à une gonarthrose secondaire à celle-ci. A la question de savoir si l'accident du 21 juin 2018 avait occasionné une aggravation passagère d'un état antérieur, le Dr L._____ a répondu qu'il s'agissait d'une aggravation passagère et a ainsi retenu un *statu quo sine* atteint au 1^{er} juillet 2018 correspondant à la reprise du travail par l'assuré. Il a encore précisé que l'arthroscopie proposée par le Dr H._____ n'était pas

à la charge d'T._____, estimant au surplus que cette intervention était « probablement inutile ». A son avis, un nettoyage arthroscopique d'une arthrose n'apportait « au mieux qu'une légère amélioration durant quelques mois ».

Aux termes d'un rapport du 10 octobre 2018 à T._____, le DrH._____ a affirmé que les lésions du genou droit (notamment la rupture du ligament croisé antérieur) et les contusions osseuses (notamment du plateau tibial externe associées à un épanchement) étaient des suites de l'accident du 21 juin 2018. Il estimait que le mécanisme du traumatisme ainsi que la douleur subite associée à la survenue d'un épanchement étaient des signes évidents d'un traumatisme aigu.

Le 15 octobre 2018, le Dr H._____ a procédé à une arthroscopie du genou droit. Il a mis en évidence, dans son rapport opératoire du même jour, les diagnostics suivants :

- « **Diagnostics** :
- 1) Lésion du ligament croisé antérieur du genou droit.
(Accident du 21 juin 2018).
 - 2) Lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne.
 - 3) Lésion étendue du ménisque externe.
 - 4) Lésions cartilagineuses instables de II.° et III.° étendues en fémoro-rotulien à prédominance rotulien et de II.° de la trochlée.
 - 5) Lésions cartilagineuses instables de II.° profond en fémoro-tibial interne à prédominance tibial.
 - 6) Lésions cartilagineuses instables étendues de III.° et IV.° en fémoro-tibial externe.
 - 7) Plica para-patellaire interne fibreuse.
 - 8) Corps cartilagineux intra-articulaires libres.
 - 9) Chondrocalcinose tricompartmentale et méniscale.
 - 10) Synovites étendues. (...) »

Le Dr H._____ a, entre autres, observé une « lésion complète du ligament croisé antérieur avec les fibres effilochées faisant impingement dans l'interligne articulaire ».

Le 31 octobre 2018, K._____ a transmis à T._____ une copie du dossier de l'assuré, comprenant en particulier une déclaration d'accident bagatelle du 22 mai 2014, laquelle faisait état d'un accident survenu le 12 mai 2014 lors d'un entraînement de rugby qui avait provoqué une contusion au genou droit.

Le 8 novembre 2018, T._____ est entrée en possession d'un rapport du 30 mai 2014 relatif à une IRM du genou droit réalisée le 28 mai 2014, dans lequel le Dr V._____ a notamment exposé ce qui suit :

« (...)

CONCLUSION

Gonarthrose sévère très avancée du compartiment fémoro-tibial externe au niveau duquel on note une ostéophytose et une mise à nu _____ de _____ l'os sous-chondral sur toute la moitié postérieure du plateau tibial et du condyle fémoral externe.

Ulcération cartilagineuse occupant un peu plus de la moitié de l'épaisseur du cartilage de la crête de la rotule et de la facette rotulienne externe adjacente.

Incurvation et aspect grêle et hétérogène du ligament croisé antérieur en rapport avec un très probable conflit entre un ostéophyte localisé au pied de l'échancrure inter-condylienne et le ligament croisé antérieur.

Amputation de la majeure partie de la substance du corps du ménisque externe et de la corne antérieure du ménisque externe

Déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec aspect très hétérogène de la substance du ménisque. »

Dans un avis du 22 novembre 2018, le Dr L._____ a retenu que l'accident du 21 juin 2018 n'avait entraîné qu'une entorse bénigne du genou droit. Il a observé que les lésions mises en exergue par l'IRM du 25 juin 2018 étaient similaires à celles du rapport d'IRM du 30 mai 2014, à savoir une gonarthrose sévère dans le cadre d'une chondrocalcinose avec des lésions majeures des deux ménisques. Il a considéré que l'événement

du 21 juin 2018 ne constituait qu'une causalité aléatoire révélant à nouveau cette pathologie dégénérative majeure préexistante.

Le 21 décembre 2018, l'assuré a transmis à T._____ un rapport du 30 novembre 2018 de la Dre R._____, médecin d'arrondissement de K._____, selon laquelle la lésion du ligament croisé antérieur, ainsi que la lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, évoquées par le Dr H._____ dans le protocole opératoire du 15 octobre 2018, semblaient être récentes sur des structures d'allure dégénérative préexistante. La Dre R._____ a dès lors considéré que les troubles de l'assuré étaient en lien de causalité probable avec l'événement du 21 juin 2018 et qu'il s'agissait d'une aggravation déterminante d'un état antérieur, excluant une rechute en lien avec l'accident du 12 mai 2014. Elle a toutefois relevé qu'il lui manquait les informations médicales de l'année 2014.

Afin de clarifier le droit aux prestations de l'assuré, T._____ a mis en œuvre une expertise orthopédique, dont elle a confié la réalisation au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. De son rapport du 3 mai 2019, on extrait notamment ce qui suit :

« (...)

Plaintes lors de la consultation

Les plaintes concernent uniquement le genou droit, est globalement satisfait de son genou, a pu recommencer à marcher et faire ses randonnées. A relativement peu de douleurs à son genou droit, occasionnellement légèrement antéro-externes mais de façon modérée.

(...)

Appréciation du cas et diagnostics

(...)

Mes nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence des antécédents aux deux genoux, avec à gauche une entorse grave en 2008, pour laquelle il subira une plastie du ligament croisé antérieur et des résections bi-méniscales. Les suites seront globalement simples avec un genou gauche presque oublié, un discret flessum résiduel, mais peu gênant.

Si on reprend le bilan radiologique de 2008, il y avait déjà à gauche, des lésions dégénératives avec une ostéophytose, des irrégularités des interlignes surtout également une chondrocalcinose avancée des deux ménisques et ceci avant le geste de plastie ligamentaire.

A droite, j'ai retrouvé une entorse du genou droit le 12 mai 2014, lors d'un entraînement de rugby. Le bilan radiologique de l'époque montre déjà une ostéophytose du compartiment externe, une diminution de l'interligne externe et une chondrocalcinose massive. Une IRM est effectuée le 28 mai 2014 pour une suspicion de lésion méniscale externe, qui montre déjà une gonarthrose extrêmement sévère du compartiment externe, avec mise à nu de l'os sous-chondral, remaniement de l'os sous-chondral, œdème de surcharge, lésion cartilagineuse fémoro-patellaire, une amputation pratiquement totale du ménisque externe qui a été laminé, une atteinte dégénérative marquée du compartiment interne. Si on analyse le pivot central, on se rend compte que le ligament croisé antérieur est mince, hétérogène, horizontalisé avec une rupture subtotale à son insertion de l'épine.

Il ne s'agit donc pas du tout d'une éventuelle lésion méniscale externe ou interne, mais en fait d'une gonarthrose sévère, tricompartmentale à prédominance externe, avancée, avec une chondrocalcinose massive de tout le genou droit.

Les lésions sont anciennes, majeures et déjà en 2014, on trouve des séquelles d'une ancienne rupture du ligament croisé antérieur qui est hétérogène, aminci, horizontalisé. Le traitement est conservateur et l'évolution satisfaisante.

Quatre ans plus tard, le 21 juin 2018, à l'occasion d'une entorse du genou droit, relativement bénigne, puisqu'il déclare ne pas être tombé, mais avoir trébuché en voulant monter sur un trottoir, se tordre un peu le genou droit et se retenir à un poteau en bois (cf. photographies). Il va présenter à nouveau un épanchement douloureux du genou droit.

L'IRM du genou droit faite quatre jours plus tard le 25 juin 2018, montre à nouveau les mêmes lésions que celles présentes sur l'IRM de 2014. Il n'y a pas beaucoup plus de lésions cartilagineuses, il y a par contre un kyste au pied du croisé [sic] qui est apparu, pratiquement pas présent en 2014. Le ligament croisé est légèrement moins individualisé qu'avant, mais correspondant à la poursuite de la dégénérescence de ce reliquat de ligament croisé antérieur objectivé en 2014. Il y a un œdème du plateau tibial externe, qui correspond à une surcharge liée à l'arthrose externe et à la légère désaxation externe visualisée cliniquement lors de l'expertise.

Je n'ai aucun élément objectif probant d'une nouvelle lésion, la différence entre les examens par IRM de 2014 et 2018 correspondant à la poursuite de l'arthrose globale du genou droit, mais à prédominance externe associée à une chondrocalcinose.

Je rappellerais que la chondrocalcinose est une arthropathie microcristalline dont les facteurs déclenchants sont souvent les traumatismes relativement mineurs, qui entraînent un épanchement douloureux.

Les épanchements se voient volontiers associés à des lésions dégénératives, correspondant à une surcharge de l'os ou des

modifications locales X entraînant une réaction inflammatoire avec un œdème.

Cette maladie généralement idiopathique entraîne par les dépôts de cristaux deux phases, la première la formation et dépôt de cristaux dans la matrice cartilagineuse, puis l'induction de réactions inflammatoires ou destructrices par ces cristaux. Le diagnostic est posé par la radiologie standard qui montre un liseré calcique dans l'épaisseur du cartilage où à la surface des lésions méniscales par échographie. L'IRM est peu utile, car peu sensible. Le diagnostic peut être fait avant l'imagerie standard par analyse du liquide synovial et mise en évidence des cristaux intra-articulaires.

La chondrocalcinose peut être asymptomatique ou prendre trois formes classiques

- Asymptomatique de découverte radiologique fortuite.
- Inflammatoires aiguës récurrentes appelées parfois pseudo-gouttes, épisode oligoarticulaire qui se développe rapidement et s'accompagne de douleurs très sévères atteignant leur maximum en 6h à 24h durant quelques semaines touchant essentiellement les genoux et les poignets.
- Inflammatoires chroniques atteinte fréquente des MCP (articulations métacarpo-phalangiennes) en plus des poignets et des genoux, avec arthrose avec dépôt de chondrocalcinose, arthralgies chroniques de caractère mécanique avec modification arthrosique de siège souvent inhabituel. La clinique de ces arthropathies est largement déterminée par le fait que le pyrophosphate de calcium se dépose surtout dans les cartilages articulaires et dans une moindre mesure les tendons, les anhéses (insertion des ligaments et tendons) et les bourses.

(...)

Sur le plan de la causalité naturelle qui régit la LAA, si l'assureur LAA retient la notion d'accident vis-à-vis de l'événement du 21 juin 2018, je retiendrais une entorse simple du genou droit et fixerais un statu quo sine au plus tard trois mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdure est en relation de causalité naturelle exclusive avec une pathologie manifestement dégénérative, antérieure à l'événement du 21 juin 2018.

(...)

Question 4 : Diagnostics exacts en rapport avec l'événement du 21 juin 2018 ?

- Entorse bénigne du genou droit avec statu quo sine trois mois après l'événement du 21 juin 2018.

Diagnostics exacts sans rapport avec l'événement du 21 juin 2018 ?

- Gonarthrose droite sévère, tricompartimentale à prédominance externe, avancée avec chondrocalcinose massive de tout le genou droit.
- Genua valga constitutionnels traités par épiphysiodèse vers l'âge de 15 ans.

- Disjonction acromio-claviculaire gauche traitée chirurgicalement en 2003.
 - Entorse grave du genou gauche en 2008 avec plastie du ligament croisé antérieur. Gonarthrose gauche avec chondrocalcinose massive de tout le genou gauche.
 - Hypertension et hypercholestérolémie traitées.
- (...). »

Par décision du 6 juin 2019, T. _____ a, en se fondant sur l'expertise du Dr Q. _____, mis un terme à ses prestations d'assurance au 21 septembre 2018, considérant que les troubles subsistant au-delà de cette date étaient à considérer comme relevant de la maladie. Ainsi, l'intervention chirurgicale du 15 octobre 2018 et ses suites n'étaient pas à sa charge.

Le 4 juillet 2019, l'assuré, représenté par Me Sara Giardina, a formé opposition contre la décision précitée, en concluant à la prise en charge de ses lésions au genou droit au-delà du 21 septembre 2018. A l'appui de sa contestation, il a fait valoir que les lésions énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, dont notamment les lésions de ligaments, étaient présumées dues à un accident, sous réserve de la preuve d'une autre cause prépondérante, ce qu'T. _____ n'avait pas démontré selon lui.

Par décision sur opposition du 19 septembre 2019, T. _____ a confirmé sa décision du 6 juin 2019 mettant un terme au versement de ses prestations au 21 septembre 2018. Laissant la question de l'existence d'un accident ouverte, T. _____ a néanmoins retenu un lien de causalité entre les lésions de l'assuré, qualifiées d'entorse bénigne du genou droit, et l'événement du 21 juin 2018. T. _____ a en revanche estimé que l'intervention chirurgicale du 15 octobre 2018 et ses suites n'étaient plus à sa charge, dans la mesure où le Dr Q. _____ avait retenu que le *statu quo sine* devait être fixé au 21 septembre 2018.

B. Par acte du 23 octobre 2019, B. _____, assisté de Me Sara Giardina, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 19 septembre 2019, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement,

à sa réforme dans le sens d'une prise en charge des suites de l'accident du 21 juin 2018 au-delà du 21 septembre 2018, et subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à T._____ pour complément d'instruction. A l'appui de son pourvoi, l'assuré allègue que l'expertise du Dr Q._____ ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante, dans la mesure où ses conclusions seraient contradictoires et non objectives. Il fait grief au Dr Q._____ de ne pas avoir tenu compte du rapport opératoire du 15 octobre 2018 du Dr H._____ et de ne pas avoir démontré que la rupture du ligament - présumée causée par un accident selon la jurisprudence fédérale - était due de manière prépondérante à une maladie. Par conséquent, l'assuré estime que les troubles qu'il présente au genou droit sont des suites de l'accident du 21 juin 2018, dont le traitement devrait être pris en charge par T._____.

Le 29 octobre 2019, l'assuré a transmis à la Cour de céans un rapport du 23 octobre 2019 du Dr H._____, adressé à son conseil, aux termes duquel ce médecin a notamment exposé ce qui suit :

« (...)

3) Sur la base de l'IRM du 25 juin 2018, le Dr L._____, médecin-conseil de l'assurance, a considéré que le statu quo sine était acquis le 1^{er} juillet 2018 et qu'il n'y avait pas de lésions fraîches. Dans votre rapport opératoire du 15 octobre 2018 vous avez indiqué que la rupture du ligament croisé antérieur, les contusions osseuses du plateau tibial externe associées à un épanchement étaient les suites de l'accident du 21 juin 2018.

Pourriez-vous expliquer pour quels motifs à votre avis les lésions précitées ne seraient pas la conséquence de la maladie qui a été constatée (gonarthrose + chondrocalcinose) ? Est-ce qu'à votre avis les lésions précitées peuvent être dues (causées) par une maladie ou au contraire, dites lésions (hormis la présomption légale) sont dues à l'événement du 21 juin 2018 ? Dans ce dernier cas, je vous remercie d'explicitier votre point de vue et de préciser s'il s'agit d'une conséquence directe de l'accident sans que la maladie n'ait jouée de rôle prépondérant.

Effectivement le patient a présenté des lésions post-traumatiques aiguës et la présence d'un épanchement ainsi que des contusions osseuses du plateau tibial externe à l'IRM effectuée par la suite sont clairement d'origine traumatique.

A mon avis un statu quo sine ne peut pas être acquis le 21 septembre 2018 comme le postule le Dr L._____ (sic). Effectivement les contusions osseuses sont connues pour une évolution douloureuse pendant plusieurs mois et ceci d'autant plus

s'il s'agit d'un genou qui a déjà présenté des lésions cartilagineuses suite à la ménisectomie externe effectuée en 1980.

Il me paraît donc inadéquat d'exclure des pathologies post-traumatiques aiguës seulement parce que ce genou était déjà « hypothéqué » suite à cette intervention chirurgicale.

Rappelons que le patient avait fait un traumatisme au rugby le 12.05.2014, et à la suite de cela, le ligament croisé antérieur avait été décrit comme hétérogène sans qu'il n'y ait eu une indication à une plastie ligamentaire à cette époque, donc un traitement conservateur avait été instauré.

Déjà, à l'époque une arthrose fémoro-tibiale externe due à l'absence du ménisque externe en post-chirurgical avait été constatée (voir rapport IRM du genou droit du 28.05.2014).

Suite à l'accident en date du 21.06.2018, le patient s'est donc présenté le lendemain avec un genou traumatisé et rappelons qu'il était peu voire pas symptomatique avant cet accident. Pour preuve, je citerais que la dernière consultation de suivi pour son genou gauche (sic) avait eu lieu le 12 juin 2014, pas de traitement entre deux, notamment pas pour son genou droit atteint lors de l'accident du 21.06.2018.

4) Toujours selon le médecin-conseil précité, la chute du 21 juin 2018 n'aurait provoqué qu'une entorse bénigne. Qu'en pensez-vous ?

Il ne s'agit pas d'une entorse bénigne comme le témoignent les IRM mais aussi l'évolution difficile et douloureuse pendant plusieurs mois par la suite.

5) Avez-vous d'autres remarques ?

En résumé, ce patient a subi un traumatisme de son genou droit en date du 21.06.2018 avec des lésions et de fortes douleurs pendant plusieurs mois avec une IRM montrant clairement des contusions osseuses du plateau tibial externe qui sont à mettre sur le compte d'un traumatisme aigu bien que le genou présentait déjà une arthrose du compartiment externe suite à la résection méniscale en 1980 à [...]. »

Dans sa réponse du 16 décembre 2019, T._____, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Elle a en premier lieu laissé ouverte la question de la nature accidentelle de l'événement dommageable. En second lieu, elle a fait valoir que les Drs L._____ et Q._____ considéraient que l'accident du 21 juin 2018 n'avait entraîné qu'une entorse bénigne du genou droit et que la symptomatologie persistant au-delà _____ du 21 septembre 2018 était à mettre en relation de causalité avec une pathologie dégénérative antérieure à l'événement du 21 juin 2018. T._____ a enfin estimé que le Dr Q._____ avait démontré à satisfaction

que la rupture du ligament croisé était causée de manière prépondérante par une maladie, à savoir l'arthrose globale du genou.

Par réplique du 16 janvier 2020, l'assuré s'est intégralement référé à son mémoire de recours.

T._____ n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

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

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

2. L'objet du litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 21 septembre 2018.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).]

c) 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 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents 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 : 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).

Le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était applicable lorsque l'assureur-accidents a reconnu l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA (ATF 146 V 51). En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2). Dans ce cas, il y a désormais une présomption légale, selon laquelle les lésions listées à l'art. 6 al. 2 LAA sont assimilées à un accident et doivent être prises en charge par l'assureur-accidents, à moins que celui-ci ne parvienne à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante et sur la base d'appréciations médicales concluantes, qu'elles sont dues de manière prépondérante, à

savoir à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et 8.6). Même si la nouvelle réglementation de l'art. 6 al. 2 LAA ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru, comme cela était le cas sous l'art. 9 al. 2 aOLAA (ATF 143 V 285 consid. 2 ; TF 8C_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4.2), la question de savoir s'il s'est passé un événement dont l'assuré se souvient et qu'il peut nommer demeure pertinente sous l'angle du nouveau droit. Lorsqu'aucun événement initial n'a été évoqué ou que cet événement est uniquement de nature tout à fait secondaire, respectivement anodin, cela facilite en règle générale, par la force des choses, la preuve libératoire de l'assureur-accidents. Il appartient avant tout aux spécialistes du domaine médical d'apprécier la question de la délimitation, en prenant en considération l'éventail complet des causes de la lésion corporelle en question. Il convient non seulement d'éclaircir l'état préexistant, mais également les circonstances de la survenance initiale des douleurs. Les différents indices, qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie, doivent être évalués d'un point de vue médical (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimée a laissé ouverte la question de savoir si les faits survenus le 21 juin 2018 réalisaient les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et a servi ses prestations du 21 juin 2018 au 21 septembre 2018, considérant que le *statu quo sine* était quoi qu'il en soit atteint trois mois après l'évènement.

Se fondant principalement sur l'appréciation du Dr H._____, le recourant considère que les contusions osseuses du plateau tibial externe avec épanchement ressortant de l'IRM du 26 juin 2018 sont clairement d'origine traumatique et imputables à l'accident du 21 juin 2018, tout comme la lésion du ligament croisé antérieur. Par ailleurs, selon la Dre R._____, la lésion du ligament croisé antérieur ainsi que la lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne étaient récentes, sur des structures d'allure dégénérative préexistante.

b) Il convient dans un premier temps d'examiner si les atteintes du plateau tibial externe, du ligament croisé antérieur et du ménisque interne sont en lien de causalité avec l'événement du 21 juin 2018 en postulant l'existence d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA et dans un second temps, si les conditions de l'art. 6 al. 1 LAA ne sont pas réunies, si les lésions du ménisque interne et du ligament croisé antérieur entrant dans le champ de l'art. 6 al. 2 LAA, sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à une autre maladie.

6. a) S'agissant des contusions osseuses du plateau tibial externe, elles ne paraissent a priori pas imputables à l'accident du 21 juin 2018, en l'absence de toute notion de chute ou de choc lors de cet événement. Il convient par ailleurs de souligner que ces contusions ne sont pas mentionnées comme telles dans l'IRM du 25 juin 2018, laquelle décrit en revanche une ulcération mettant à nu l'os sous-chondral, le versant postérieur de la zone portante du plateau tibial et du condyle fémoral externe, en présence d'une gonarthrose très avancée. Ces éléments ressortant de l'imagerie sont significatifs d'une atteinte dégénérative du plateau tibial, laquelle était déjà observée dans l'IRM du 28 mai 2014, l'expert Q._____ constatant sur la base de ce document d'imagerie une gonarthrose extrêmement sévère du compartiment externe, avec mise à nu et remaniement de l'os sous-chondral provoquant un œdème de surcharge. Selon l'expert, la différence entre les examens IRM de 2014 et 2018 correspond à la poursuite de l'arthrose globale du genou droit, mais à prédominance externe associée à une chondrocalcinose, soit une arthropathie microcristalline dont les facteurs déclenchants sont souvent des traumatismes relativement mineurs, à l'origine d'un épanchement douloureux. Il explique encore que les épanchements sont couramment associés à des lésions dégénératives, correspondant à une surcharge de l'os ou des modifications locales, entraînant une réaction inflammatoire avec un œdème.

b) L'avis du Dr H._____ ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert. En particulier, le Dr H._____ n'avance aucun

argument objectivant une origine accidentelle de l'atteinte du plateau tibial externe et de l'œdème, ni, dans une telle hypothèse, ne se prononce sur la durée de guérison des contusions et de résorption de l'œdème. Par ailleurs, il ne fait plus mention d'un œdème dans les diagnostics retenus à l'issue de l'opération du 15 octobre 2018, mais de synovites. Ainsi, même à considérer que la dynamique accidentelle pourrait avoir provoqué des contusions du plateau tibial externe et un œdème, les rapports du Dr H. _____ ne permettent pas de retenir un *statu quo sine vel ante* postérieur au 21 septembre 2018.

7. a) En ce qui concerne la lésion du ligament croisé antérieur, elle ressort déjà de l'IRM du 28 mai 2014, qui décrit ce ligament comme incurvé, grêle et hétérogène. Selon le Dr Q. _____, l'IRM effectuée en 2014 a révélé une ancienne rupture du ligament qualifié d'hétérogène, aminci et horizontalisé (cf. rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 3 mai 2019 p. 12). Il précise que l'IRM du 25 juin 2018 démontre les mêmes lésions que celles prévalant en 2014, avec toutefois un ligament croisé antérieur moins individualisé, ce qui correspond à la poursuite de la dégénérescence objectivée en 2014 (cf. *ibidem*). L'appréciation du Dr Q. _____ rejoint celle du Dr L. _____, lequel estime que les lésions visualisées à l'IRM du 25 juin 2018 étaient similaires à celles ressortant de l'IRM du 28 mai 2014 (cf. avis du 22 novembre 2018). Le Dr H. _____ affirme, de son côté, que la lésion du ligament croisé antérieur est à mettre en relation avec l'accident du 21 juin 2018 (cf. rapport du 10 et 15 octobre 2018).

b) Aucun rapport médical au dossier ne vient étayer l'hypothèse, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 21 juin 2018 et une éventuelle rupture du ligament croisé antérieur. En particulier, le Dr V. _____ conclut son rapport d'IRM du 26 juin 2018 en suspectant certes que le status du ligament croisé antérieur est postérieur à une rupture. Il ne date cependant pas cette rupture et n'a pas procédé à une comparaison avec l'IRM de 2014. Quant au Dr H. _____, il n'étaye pas son assertion d'une origine traumatique de la lésion ligamentaire, se

limitant à dire qu'avant l'événement du 21 juin 2018, le genou du recourant était peu symptomatique, ce qui relève du raisonnement *post hoc ergo propter hoc* et ne suffit pas à établir un lien de causalité. Au surplus, dans son dernier rapport du 23 octobre 2019, le Dr H._____ paraît ne retenir un lien de causalité avec l'événement du 21 juin 2018 que pour les seules contusions osseuses du plateau tibial externe. L'avis, bref et dénué de motivation, de la Dre R._____ ne permet pas non plus d'écarter l'avis de l'expert. Cette praticienne se limite en effet à affirmer que la lésion du ligament semble récente pour en déduire un lien de causalité avec l'événement du 21 juin 2018. Son appréciation ne peut au demeurant qu'être lacunaire, faute pour ce médecin d'avoir disposé des informations médicales relatives à l'événement de 2014 autorisant une analyse comparative des IRM de 2014 et de 2018, partant de la nature dégénérative de la lésion ligamentaire et de sa préexistence.

c) En définitive, force est donc de retenir les observations motivées du Dr Q._____ et la conclusion selon laquelle l'atteinte ligamentaire est à attribuer de manière prépondérante à une atteinte dégénérative massive en présence d'une gonarthrose avancée.

8. Pour ce qui est des lésions du ménisque, l'examen comparatif des IRM du 28 mai 2014 et du 25 juin 2018 met en évidence des lésions pour l'essentiel identiques. Il est en effet mentionné lors de l'IRM du 25 juin 2018 une amputation de la majeure partie de la substance du ménisque externe et d'une hétérogénéité de la corne postérieure du ménisque interne. Ces constats sont superposables à ceux de l'IRM du 28 mai 2014, à la seule différence que cette dernière mentionnait une déchirure du ménisque. Le Dr H._____ n'impute aucune lésion méniscale à l'accident. Dans son avis du 23 août 2018, le Dr L._____ indiquait l'absence de « lésion fraîche » liée à l'accident du 21 juin 2018. Dès lors, on peut se rallier à l'appréciation de l'expert Q._____, lorsqu'il indique que les données des IRM des 28 mai 2014 et 25 juin 2018 démontrent substantiellement les mêmes lésions. L'avis du 30 novembre 2018 de la Dre R._____ n'est à nouveau d'aucun secours

au recourant, puisqu'elle ne fait qu'affirmer, sans autre justification et sans disposer de l'imagerie de 2014, que les lésions du ménisque interne seraient « probablement » liées à l'événement du 21 juin 2018.

Par conséquent, au degré de la vraisemblance prépondérante, on peut déduire des documents d'imagerie que les lésions du ménisque affectant le recourant sont des lésions anciennes, lesquelles sont à l'évidence dénuées de lien avec l'accident litigieux.

9. En définitive, on peut conclure avec l'intimée que, pour autant que l'événement du 21 juin 2018 ait entraîné des lésions, en l'occurrence sous la forme d'une entorse, le *statu quo sine vel ante* doit être considéré comme atteint au plus tard au 21 septembre 2018, ainsi que l'a exposé de manière convaincante le Dr Q._____.

10. Reste à examiner l'application éventuelle de l'art. 6 al. 2 LAA, lequel englobe les lésions des ligaments et les déchirures des ménisques.

a) En l'espèce, tant les documents d'imagerie que les conclusions du Dr Q._____ sont sans équivoque quant à l'origine manifestement dégénérative des lésions du ligament et du ménisque. En effet, l'IRM de 2014 vient confirmer l'existence d'une usure préexistante du ligament mentionnant l'importante hétérogénéité en raison d'un conflit avec un ostéophyte localisé au pied de l'échancrure inter-condylienne.

b) Eu égard à l'atteinte au ménisque, les deux IRM mettent en évidence une gonarthrose sévère tricompartmentale à prédominance externe avec une chondrocalcinose massive de tout le genou droit et des lésions méniscales. Au demeurant, aucun rapport médical ne remet en question le caractère dégénératif prépondérant de ces lésions, ni ne mentionne expressément une déchirure du ménisque postérieurement au 21 juin 2018. Dès lors, l'application de l'art. 6 al. 2 LAA peut manifestement être exclue en l'occurrence.

11. a) En conclusion, le rapport d'expertise du Dr Q._____ du 3 mai 2019 remplit l'intégralité des réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Le Dr Q._____ a procédé à une analyse minutieuse de l'ensemble des pièces du dossier, à un examen clinique du recourant, non sans se déterminer exhaustivement sur ses plaintes. Il a enfin communiqué des conclusions claires et fourni des réponses précises et convaincantes aux questions posées par l'intimée, de sorte que son avis peut être suivi.

b) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que c'est à juste titre qu'T._____ a refusé de prêter au-delà du 21 septembre 2018. En définitive le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée qui n'y a pas droit comme assureur social (ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 septembre 2019 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 Sara Giardina (pour B. _____), à Nyon,
- Me Didier Elsig (pour T. _____), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :