

## VD\_GERICHTE ZA11.019659 vom 24. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA11.019659](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA11.019659)

FR: VD\_GERICHTE ZA11.019659 du 24 février 2012

IT: VD\_GERICHTE ZA11.019659 del 24 febbraio 2012

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 52/11 - 19/2012 ZA11.019659 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 24 février 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de M. NEU Juges : Mme  
Rothenbacher et M. Métral Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : U. \_\_\_\_\_,  
à Moudon, recourante, représentée par CAP Protection juridique SA, à Lausanne, et  
W. \_\_\_\_\_, à Martigny, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 al. 1 LAA, art. 36 al. 1 LAA  
402

- 2 - E n f a i t : A. U. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1950, est employée comme  
professeure de gymnastique par l'Etat de Vaud. A ce titre, elle est assurée contre les  
accidents professionnels et non professionnels selon la législation sur l'assurance-accidents  
auprès de la W. \_\_\_\_\_. Le 19 janvier 2009, l'assurée a glissé sur une marche en  
descendant des escaliers à son domicile et s'est tordu le genou gauche. En raison de la  
persistance des douleurs, elle a consulté le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine  
générale à Moudon. Dans un rapport médical initial LAA, ce médecin a posé, après une  
IRM effectuée le 5 février 2009 à la clinique Cecil à Lausanne, les diagnostics de déchirure  
de la corne postérieure du ménisque externe, de rupture de la plastie du LCA, de probable  
rupture du LCP, de gonarthrose tri-compartmentale et de kyste synovial de Baker. Il a  
constaté des douleurs diffuses à la mobilisation ainsi qu'un genou légèrement instable et  
douloureux. Par déclaration du 2 mars 2009, l'assurée a annoncé son accident du 19 janvier  
2009 et indiqué une incapacité de travail à 100% du 20 au 25 janvier 2009. Le cas a été pris  
en charge par la W. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 27 juillet 2009, les Drs H. \_\_\_\_\_ et  
K. \_\_\_\_\_, chef de clinique et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur  
du CHUV, ont diagnostiqué une entorse au genou gauche, actuellement de bonne évolution.  
Ils ont noté des antécédents de rupture du LCA gauche en 1985, de status post plastie du  
LCA gauche en 1985 et de reprise de la plastie LCA en 1987; ils ont prescrit un traitement  
de physiothérapie et d'anti-inflammatoires. Par courrier du 30 octobre 2009, la W. \_\_\_\_\_  
a expliqué à l'assurée que les traitements ultérieurs au 10 août 2009, compte tenu de  
l'absence de lésions traumatiques importantes consécutives à la chute du

- 3 - 19 janvier 2009 et de ses antécédents, seraient pris en charge par sa caisse-maladie.  
L'assurée a par la suite annoncé à la W. \_\_\_\_\_ de nouveaux problèmes au genou gauche.  
Dans une déclaration d'accident-bagatelle du 23 mars 2010, elle a indiqué que son état de  
santé, outre l'accident du 19 janvier 2009, découlait aussi d'un événement survenu le 30 mai  
2007. Le dossier de l'assurée concernant ses antécédents au genou gauche a été produit. Il  
en ressort notamment les documents suivants: - Un rapport du 9 octobre 1985 de l'Hôpital  
intercantonal de La Broye de Payerne, posant le diagnostic d'entorse grave du genou gauche  
(avec notamment rupture du ligament latéral interne et rupture au plafond du ligament  
croisé antérieur). - Un rapport dudit hôpital du 3 juillet 1987, retenant une récurrence d'entorse

grave au genou gauche, après l'apparition de douleurs subites. - Une déclaration d'accident-bagatelle non datée adressée à la W.\_\_\_\_\_, indiquant un craquement dans le genou après un saut d'extension, survenu le 4 juin 1996. - Une IRM du genou gauche effectuée le 20 juin 1996 au service de radiologie interventionnelle du CHUV, mettant en évidence une arthrose tri-compartimentale, des lésions dégénératives du ménisque interne et externe ainsi qu'une probable insuffisance du LCA, ce dernier n'étant pas reconnaissable. - Une IRM du genou gauche du 7 juin 2007 effectuée au centre d'imagerie diagnostique de Lausanne, mettant en exergue notamment une rupture tant de la plastie du ligament croisé antérieur que du ligament croisé postérieur.

- 4 - Dans un courrier du 29 avril 2010 adressé à la W.\_\_\_\_\_, expliquant les problèmes qu'elle a eu à ses genoux en raison des événements des 19 janvier 2009, 30 mai 2007 et 4 juin 1996, l'assurée a contesté le refus de cet assureur de verser des prestations au-delà du 10 août 2009. Le 17 mai 2010, les Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, chef de clinique et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur du CHUV, ont posé le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale du genou gauche post traumatique et signalé des antécédents au genou gauche, notamment un status post plastie du LCA. Ils ont retenu que la gonarthrose tricompartmentale limitait l'assurée dans l'exercice de sa profession, dont des exercices sportifs, et prescrit en particulier des séances de physiothérapie, tout en relevant qu'une arthroplastie était indiquée. Dans un certificat médical du 11 juin 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 16 août 2010, soit dès le début de la rentrée scolaire 2010-2011. Sur proposition de la W.\_\_\_\_\_, l'assurée a été examinée par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Lausanne. Dans son rapport du 29 juillet 2010, ce médecin a mentionné les antécédents de l'assurée à son genou gauche, soit en particulier une entorse grave en 1985 à l'origine d'une triade antéro-interne, une entorse en 1987, un lâchage le 4 juin 1996 lors de gymnastique et un lâchage le 30 mai 2007 en jouant au tennis. Il a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "Status 25 ans après entorse inaugurale, grave, du genou gauche. À l'époque, on avait tenté une suture du LCA + plastie extra- articulaire. Je rappelle que ce genre de traitement ne se pratique pour ainsi dire plus, les sutures LCA ayant montré une haute, voire très haute, tendance à échouer. En cas de rupture du LCA, et en fonction de l'âge et des exigences sportives, on se dirige désormais d'emblée vers une plastie.

- 5 - Ce supputé échec fut peut-être responsable (ne serait-ce qu'en partie) de l'entorse survenue en 1987, qui a abîmé encore un peu plus le genou, puisqu'on a été amené à ôter une large partie du ménisque interne. À ce moment, il existait par ailleurs déjà des troubles cartilagineux conséquents, nécessitant un forage de Pridie. Un genou « ligamentaire » est généralement voué à développer une gonarthrose à terme. Lorsque la lésion LCA est isolée, et subit une plastie, un petit pourcentage (20-30%?) peut rester sain. Le reste (50-70%?) finit quand même par développer des troubles dégénératifs, dans les 8- 12 ans, ceci en raison d'une distension progressive du transplant et partant, d'un phénomène de micro-instabilité (parfois aussi de macro-instabilité). En cas de ménissectomie associée, le taux d'arthroses à moyen/long terme monte de manière quasi-exponentielle. Une telle évolution semble plus fréquente et surtout plus rapide dans la population sportive, aux activités soutenues (comme c'est le cas de cette patiente). C'est ainsi qu'en 1996, 9 ans après la plastie/ménissectomie, Mme U.\_\_\_\_\_ a eu un lâchage de son genou. Ce dernier a-t-il aggravé l'état du genou ? Nous n'avons aucun indice allant dans ce sens. En effet, l'entorse y relative semble avoir été de bas grade. Elle a nécessité un traitement fonctionnel

de courte durée. Il n'y a pas eu de période d'incapacité de travail. La patiente a pu reprendre ses activités sportives usuelles à brève échéance. Quant à l'IRM du moment, elle n'a pas montré de signe irritatif particulier (épanchement durable). Elle a en revanche révélé un genou arthrosique, secondaire à une insuffisance chronique du LCA (non visualisation), couplée à un status post-ménisectomie. Comme élément nouveau, on retient une lésion du LCP. Compte tenu encore une fois de la clinique qui a suivi l'événement qui nous concerne, rapidement favorable (une lésion fraîche aurait certainement eu un cursus difficile, surtout à la reprise du sport), il semble plus que probable que cette lésion était déjà présente auparavant (ce qui n'a rien d'exceptionnel dans un genou fortement dégradé). Un raisonnement similaire peut être tenu pour l'événement survenu en mai 2007. Le traitement fut à nouveau de courte durée. Il n'y a pas eu d'IT. On n'a pas objectivé de lésion traumatique évidente sur l'IRM faite une semaine après le traumatisme. Un raisonnement similaire [vaut aussi] concernant l'événement du 13 janvier 2009. Il existe certes, comme conséquence, une certaine appréhension de la part de la patiente. Ce sentiment peut cependant parfaitement rentrer dans le cadre de l'arthrose avancée, influencé s'il en est par une volonté d'épargne ou crainte (dans l'espoir de repousser au maximum l'échéance prothétique). Les pseudo-blocages allégués sont aussi imputables à cette arthrose.

- 6 - Quant à l'IRM de février 2009, elle n'a à nouveau pas révélé de lésion traumatique nouvelle, montrant tout au plus l'évolution dégénérative classique du genou, plus de 20 ans après son entorse inaugurale. Dès lors, la responsabilité de chacun des événements (ou incidents) qui nous concernent, du 4 juin 1996, du 30 mai 2007 et du 19 janvier 2009, s'il y en a une, doit être limitée dans le temps. A chaque fois, il s'agissait d'une entorse bénigne (lâchage), sans preuve de lésion anatomique aiguë pouvant potentialiser de manière durable le processus dégénératif de ce genou. En gros, et pour chacun de ces événements, un éventuel statu quo ante/sine aurait du être considéré comme atteint après un délai maximal de 3-6 mois, après quoi l'arthrose préexistante restait entièrement responsable de l'évolution". Par courrier du 31 juillet 2010 remis au Dr B. \_\_\_\_\_, l'assurée a donné des précisions quant à ses lésions au genou gauche, expliquant notamment qu'elle ne faisait plus de tennis depuis 2007 et plus de ski depuis 2009. Elle a contesté le travail d'investigation et les conclusions de ce médecin, relevant que ce dernier se basait sur une connaissance lacunaire du dossier. Dans un courrier du 11 août 2010 adressé à la W. \_\_\_\_\_, l'assurée a mis en cause les constatations du Dr B. \_\_\_\_\_, dont elle a contesté l'utilité de l'examen, et soutenu que ses problèmes de genou ne relevaient pas de sa caisse-maladie mais de l'assureur-accidents. Par décision du 3 septembre 2010, la W. \_\_\_\_\_ a mis un terme à ses prestations d'assurance au 30 septembre 2009, en raison de l'absence d'un lien de causalité entre les troubles du genou gauche et l'accident du 19 janvier 2009, de sorte que les soins donnés dès le 1er octobre 2009 devaient être pris en charge par l'assurance-maladie. Elle s'est référée aux explications du Dr B. \_\_\_\_\_, dont il n'y avait selon elle a priori pas lieu de s'écarter. Le 17 septembre 2010, l'assurée a formé opposition, contestant en substance l'appréciation médicale du Dr B. \_\_\_\_\_ et se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, notamment celui du Dr R. \_\_\_\_\_. Le 28 octobre 2010, par son mandataire, elle a conclu à l'annulation de cette décision, et à ce que la W. \_\_\_\_\_ prenne en charge

- 7 - toutes les prestations et tous les frais médicaux résultant de l'accident du 19 janvier 2009. Dans son complément d'opposition du 31 janvier 2011, l'assurée a remis un rapport du 25 janvier 2011 du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur du CHUV, qui retient ce qui suit: "1. Diagnostic: gonarthrose

tri-compartmentale du genou gauche post-traumatique. 2. Etiologie de l'affection: cette patiente a été victime d'une entorse grave en 1985 au niveau de son genou gauche. La patiente a été opérée à l'époque selon une technique extrêmement désuète, malgré cela elle avait repris son sport. Cependant en raison d'une technique insuffisante de stabilisation de son genou, la patiente a récidivé en 1987 ce qui a nécessité une nouvelle intervention où cette fois en plus d'une suture méniscale on a réalisé une plastie du ligament croisé antérieur avec tendon rotulien. C'est donc d'une part [en raison des] conséquences de l'accident de 1985 mais aussi d'une intervention inappropriée que la patiente a développé une instabilité chronique de son genou qui a conduit dans un premier temps à une récurrence de l'entorse et dans un 2ème temps à une évolution progressive vers de l'arthrose. Le 19 janvier 2009, en descendant les escaliers, la patiente a eu un nouvel épisode de lâchage du genou lié à une perte d'équilibre dans les escaliers. L'IRM, réalisée en février, à savoir 3 semaines plus tard, montre une rupture de la plastie du ligament croisé antérieur avec une suspicion de rupture du ligament croisé postérieur. Cette IRM confirme la gonarthrose tri-compartmentale avec en plus une déchirure de la corne postérieure du ménisque externe. Il existe un kyste synovial de Baker qui confirme la chronicité des lésions dégénératives. 3. Etat actuel: la patiente souffre d'une gonarthrose tri-compartmentale du genou gauche post-traumatique qui la limite fortement dans l'exercice de son métier, à savoir la démonstration d'exercices d'éducation physique. Cette gonarthrose entraîne une diminution de son rendement et il est évident, en raison de la rupture du ligament croisé antérieur, que le genou est instable avec comme conséquence de cette instabilité des douleurs pouvant évoluer en crises avec épanchements récidivants. La situation est donc insatisfaisante et ne permet pas à cette patiente de reprendre un travail d'enseignante en sports. 4. Les lésions sont-elles dues à l'accident du 19.01.2009: sont dues à l'accident du 19 janvier la rerupture du ligament croisé antérieur et l'entorse du ligament croisé postérieur.

- 8 - Les lésions d'arthrose sont la conséquence des 2 premiers accidents. 5. Jusqu'à quelle date la relation de causalité entre les troubles du genou gauche et l'accident du 19 janvier peut-elle être admise: comme déjà évoqué plus haut, les troubles dégénératifs sont liés aux 2 précédents accidents. Cependant le genou était compensé c'est-à-dire que la patiente pouvait effectuer normalement son travail. L'accident du 19 janvier a complètement décompensé ce genou et de ce fait une importante impotence fonctionnelle est apparue. 6. A partir de quelle date approximativement les conséquences du dernier événement du 19 janvier ont-elles définitivement pris fin: comme les ligaments croisés déchirés lors de cet événement n'ont pas été réparés, il est évident que cette patiente en souffre de manière permanente et cela se concrétise par un périmètre de marche diminué, des sensations d'instabilité lors de pratique de marche dans des terrains accidentés et des douleurs à la montée/descente des escaliers ainsi que la présence d'épanchements récidivants. [...] 8. Qu'en est-il de l'accident du 29 juillet 2010: comme déjà mentionné plus haut, la patiente a un périmètre de marche diminué, des douleurs et des sensations d'instabilité lors de la marche en territoire accidenté. Il est donc évident qu'en chargeant brusquement ce genou par des techniques de sautillerment on ait pu décompenser ce genou voire créer un nouvel accident d'instabilité et donc provoquer des douleurs et une boiterie consécutive. Il est vrai que la manoeuvre de sautillerment permet de juger du contrôle de la stabilité du genou sur le plan actif. Cependant l'examen clinique avait clairement un signe de Lachman positif ainsi que l'existence de lésions arthrosiques, ce qui aurait dû inciter à une certaine prudence. 9. Qu'en est-il des blocages des 29 juillet, 17 septembre et 22 octobre 2010: le genou est

instable. Il y a en plus des lésions méniscales bilatérales visibles sur l'IRM. Ces blocages sont liés à cette instabilité et à cette déchirure méniscale ainsi qu'à l'arthrose. 10. L'état définitif peut-il être considéré comme atteint: oui l'état définitif est atteint. La seule solution quant à un traitement ultérieur serait la mise en place d'une prothèse totale du genou. La patiente a 60 ans et pourrait effectuer cette intervention selon sa demande". Par décision sur opposition du 11 avril 2011, la W. \_\_\_\_\_ a confirmé sa position. Se référant aux conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_, elle a retenu que, dès le 1er octobre 2009, l'état du genou gauche de l'assurée n'était plus en relation de causalité avec l'accident de 2009 ni avec les événements de 2007 et 1996, mais résultait de troubles d'origine exclusivement dégénérative, apparus progressivement à la suite des

- 9 - événements de 1985 et 1987, lesquels devaient être pris en charge par l'assurance-maladie. Le 5 mai 2011, répondant à un courrier de l'assurée, la W. \_\_\_\_\_ a indiqué à cette dernière que la décision précitée se rapportait aussi aux déclarations d'accident et d'accident-bagatelle faites en 2010, lesquelles ne devaient donc pas faire l'objet d'un examen spécifique. B. Par acte du 25 mai 2011, U. \_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 11 avril 2011 et à la prise en charge par la W. \_\_\_\_\_ de toutes les prestations dues et de tous les frais médicaux liés aux traitements et soins suite à l'accident du 19 janvier 2009. Elle soutient que la décision attaquée n'est pas motivée, la W. \_\_\_\_\_ se bornant à renvoyer à l'examen pratiqué par le Dr B. \_\_\_\_\_, sans prendre en compte les critiques formulées par l'intéressée à l'encontre du travail effectué par ce médecin. Elle conteste que son cas ait été suffisamment instruit du point de vue médical, un complément d'instruction s'avérant nécessaire. Elle se prévaut de l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_, pour retenir que les troubles du genou gauche sont dus à l'accident du 19 janvier 2009 et ne résultent pas d'un état maladif préexistant, de sorte qu'ils doivent être pris en charge par l'assureur- accidents. Dans sa réponse du 30 juin 2011, la W. \_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours. Elle considère avoir pleinement satisfait à son devoir d'instruction du dossier sur le plan médical, conteste les reproches formulés par l'assurée à l'égard du rapport d'examen du Dr B. \_\_\_\_\_ et considère que l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, n'est pas convaincant. Elle en déduit que les troubles au genou de l'assurée, sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives comme sous celui d'un accident, ne sont pas à sa charge.

- 10 - Dans ses déterminations du 5 septembre 2011, la recourante maintient ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente

pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Dans le cas présent, est litigieuse la question de savoir si, pour les suites de la chute accidentelle survenue le 19 janvier 2009, la caisse intimée reste tenue de servir ses prestations au-delà du 30 septembre 2009, date à compter de laquelle elle considère que les lésions subies au genou gauche ne sont plus en relation de causalité avec cet événement accidentel.

- 11 - 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et

- 12 - les références citées). Si l'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 de l'assuré 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; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'évènement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la

jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF

- 13 - 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 2.2 et la référence citée). Selon l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses 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 tôt ou tard même sans l'accident (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; TF 8C\_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées). c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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

- 14 - expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que

d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008). 4. a) Dans le cas présent, l'assurée a été victime d'une chute accidentelle le 19 janvier 2009, lors de laquelle elle s'est tordu le genou gauche, entraînant une entorse et des douleurs diffuses, notamment à la mobilisation. Les médecins du département de l'appareil locomoteur du CHUV ont également signalé une gonarthrose tricompartmentale post traumatique (rapport du 17 mai 2010 des Drs J.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_). L'assurée présente plusieurs antécédents s'agissant de son genou gauche; elle a ainsi subi une entorse grave en 1985 traitée par suture, une entorse en 1987 suivie d'une plastie du LCA, un lâchage le 4 juin 1996 en faisant de la gymnastique et un lâchage le 30 mai 2007 en jouant au tennis. Une IRM du genou gauche a été effectuée le 20 juin 1996, mettant en évidence une arthrose tri-compartmentale, des lésions dégénératives du ménisque interne et externe ainsi qu'une probable

- 15 - insuffisance du LCA, ce dernier n'étant pas reconnaissable. Une seconde IRM a été effectuée le 7 juin 2007, ne permettant en particulier pas de visualiser le LCA ni le LCP. Quant à l'IRM du 5 février 2009, elle a révélé une rupture du LCA et une probable rupture du LCP, un aspect fortement dégénéré des deux ménisques et une gonarthrose tri-compartmentale. Le seul traitement envisagé à ce jour par le médecin traitant serait la mise en place d'une prothèse totale du genou. b) Le genou gauche de l'assurée présentait donc de l'arthrose ainsi que des lésions largement dégénératives en 1996 déjà, soit avant le lâchage survenu en 2007 et l'accident du 19 janvier 2009. A cela s'ajoute que, selon le Dr B.\_\_\_\_\_, les lâchages survenus en 1996 et 2007 ainsi que l'accident de 2009 n'ont pas entraîné de signes irritatifs particuliers et il semble "plus que probable" que les lésions constatées étaient déjà présentes auparavant, soit à la suite des entorses de 1985 et 1987. Ce médecin a considéré que la responsabilité des événements de 1996, 2007 et 2009 quant aux lésions du genou gauche était limitée dans le temps, dès lors qu'il s'était agi d'entorses bénignes (lâchages), sans preuve de lésion anatomique aiguë pouvant potentialiser de manière durable le processus dégénératif de ce genou, de sorte qu'un statu quo sine/ante devait être considéré comme atteint après un délai maximal de 3-6 mois pour chacun de ces événements, après quoi l'arthrose sévère pré-existante restait entièrement responsable de l'évolution de la pathologie. A ces conclusions, la recourante entend opposer celles du Dr Z.\_\_\_\_\_. Or, ce médecin a également considéré que l'accident et la grave entorse de 1985 ainsi que l'intervention par suture qui s'en était suivie avaient entraîné une instabilité chronique du genou et conduit à une récurrence de l'entorse en 1987, comme à une évolution progressive vers de l'arthrose. Il a ainsi convenu que les lésions dues à l'arthrose, respectivement les troubles dégénératifs, résultaient clairement des deux premiers accidents, précisant que les suites de ceux-ci avaient été traitées par des techniques qualifiées aujourd'hui de désuètes (suture) en tant qu'elles n'entraînaient qu'une stabilisation insuffisante du genou et, comme ce fut le cas pour l'assurée, une récurrence avec une évolution

- 16 - progressive vers l'arthrose. Ainsi, il n'est pas contesté que la gonarthrose présentée par la recourante reste la conséquence des accidents survenus en 1985 et 1987. Demeure la question de l'évolution des lésions dégénératives du ménisque, lésions telles que déjà mises en évidence par les IRM effectuées en 1996 et 2007. De la discussion engagée sur le plan médical par les deux médecins, il ressort que l'IRM de 1996 ne permettait déjà plus de

visualisation claire du LCA, le LCP paraissant par ailleurs en mauvais état. Quant à l'IRM effectuée en 2007 une semaine après un traumatisme sans incidence sur la capacité de travail, elle n'a pas objectivé de lésion traumatique évidente. Ainsi, le Dr B. \_\_\_\_\_ convainc davantage que le Dr Z. \_\_\_\_\_ lorsqu'il explique, en se fondant sur l'anamnèse et sur l'imagerie médicale effectuée en 1996 puis en 2007, que l'accident de 2009 n'a pu avoir pour effet de rompre un LCA, lequel se trouvait en insuffisance chronique compte tenu du genou arthrosique, insuffisance déjà sévère, couplée à un status post-ménisectomie. Quant à l'entorse du LCP, le Dr B. \_\_\_\_\_ rend également vraisemblable que, dans le contexte du genou arthrosique déjà fortement dégradé, le fait que l'événement traumatique de 2009 ait connu sur le plan clinique une suite rapidement favorable rend très vraisemblable que cet événement n'a en réalité pas entraîné d'autres ou nouvelles lésions significatives au niveau des ligaments croisés. Ainsi, les considérations et conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_, probantes en tant que fondées sur un examen attentif et complet des plaintes de l'assurée comme de l'ensemble des pièces versées au dossier, seront préférées à celles du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante. Leurs conclusions respectives étant fondées sur un dossier médical (examens cliniques et imagerie) dont ils ne soutiennent pas qu'il serait incomplet, il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre de complément d'instruction sur ce plan, mais de statuer en l'état du dossier constitué.

- 17 - 5. a) Il résulte de ce qui précède que les atteintes au genou gauche présentées par la recourante, soit la gonarthrose et les lésions au niveau des ligaments croisés, n'ont pas été causées par les événements accidentels survenus en 2009, 2007 ou 1996, mais résultent des troubles dégénératifs consécutifs aux entorses survenues en 1985 et 1987. Au 1er octobre 2009, l'état du genou gauche de l'assurée n'était donc clairement plus en relation de causalité naturelle avec la chute accidentelle du 19 janvier 2009. Cela suffit à justifier que l'intimée ait mis un terme à ses prestations d'assurance au 30 septembre 2009. Partant, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté en conséquence. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 11 avril 2011 par la W. \_\_\_\_\_ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le président : Le greffier :

- 18 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - CAP Protection juridique SA, à Lausanne (pour U. \_\_\_\_\_) - W. \_\_\_\_\_ - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.