

VD_GERICHTE ZA18.038795 vom 29. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.038795

FR: VD_GERICHTE ZA18.038795 du 29 avril 2019

IT: VD_GERICHTE ZA18.038795 del 29 aprile 2019

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 138/18 - 57/2019 ZA18.038795 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 29 avril 2019 _____ Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bidiville, assesseur Greffière : Mme Raetz ***** Cause
pendante entre : T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Laure Chappaz, avocate
à Aigle, et C. _____, à [...], intimée. _____ Art. 6 al. 3 LAA. 402

- 2 - A. T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, a été engagée en
qualité d'infirmière par l'Hôpital [...] à un taux de 50 %. A ce titre, elle était assurée contre
les accidents professionnels et non professionnels auprès de la C. _____ (ci-après :
C. _____ ou l'intimée). Le 27 août 2015, lors d'une promenade, l'assurée a glissé et a
subi une entorse du genou gauche avec déchirure du ménisque interne (cf. rapport du 21
décembre 2015 du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie
de l'appareil locomoteur). Le 30 novembre 2015, le Dr Z. _____ a procédé à une
arthroscopie de ce genou, avec une synovectomie, une toilette chondrale, ainsi qu'une
ménisectomie de la corne moyenne-postérieure du ménisque interne et de la corne
postérieure du ménisque externe. Le Dr Z. _____ a constaté une synovite
tricompartimentale, des chondropathies de grade Ib du compartiment fémoro-patellaire, de
grade II diffus du compartiment fémoro-tibial interne, de grade II diffus du compartiment
fémoro-tibial externe et de grade IV (2 cm²) du plateau postérieur (cf. protocole opératoire
du 30 novembre 2015). Le 17 décembre 2015, l'assurée a subi une nouvelle arthroscopie du
genou gauche, avec lavage et drainage, en raison d'une arthrite septique (cf. protocole
opératoire du même jour du Dr Z. _____). C. _____ a pris en charge ces deux
interventions. Dans un rapport du 18 février 2016 à C. _____, le Dr Z. _____ a
indiqué que l'évolution était favorable, lente. Un épanchement intra-articulaire relativement
important persistait. La patiente prenait encore des médicaments antalgiques de façon
intermittente et ne pouvait pas encore conduire une voiture ou rester debout longtemps. Par
certificats médicaux successifs, le Dr Z. _____ a attesté une incapacité totale de travail
du 30 novembre 2015 au 3 avril 2016, puis

- 3 - de 50 % du 4 au 30 avril 2016. L'assurée a recommencé à travailler à son taux habituel
dès le 1er mai 2016. En réponse à C. _____, le Dr Z. _____ a indiqué, le 24 octobre
2016, qu'il n'avait pas revu la patiente depuis le 10 mars 2016 et que l'évolution était alors
favorable. Il n'avait plus eu de nouvelles et considérait que le processus de guérison s'était
déroulé correctement. Le 20 juin 2017, l'assurée s'est rendue en consultation à la Clinique
N. _____, à [...]. Dans un rapport du même jour, en allemand, les Drs M. _____,
spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et
B. _____, ont posé le diagnostic de gonarthrose gauche, en valgus, avancée et
post-traumatique, avec un statut après une blessure post-traumatique du ménisque en août

2015 avec arthroscopie, et un statut après une infection du genou post-interventionnelle avec lavage et prise d'antibiotiques en novembre 2015. Ils ont relevé une péjoration continue de l'état du genou à la suite de la seconde intervention, avec également une augmentation du valgus et des limitations dans la vie quotidienne. La patiente, infirmière, était debout 13 heures par jour et prenait régulièrement des antidouleurs. Les médecins ont observé, également sur les radiographies réalisées le jour-même, une nette mauvaise posture en valgus (« deutliche Valgusfehlstellung »). Ils ont recommandé la pose d'une prothèse totale du genou. Le jour de la consultation, le Dr B. _____ a effectué une ponction, laquelle a permis d'éliminer un diagnostic de borréliose (cf. rapport du 20 juin 2017 du Dr B. _____ et le rapport d'analyses annexé). Le 22 juin 2017, une demande de prise en charge de l'opération envisagée a été adressée à C. _____. Par courrier du 6 juillet 2017, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de C. _____, a relevé que la gonarthrose surtout externe avec exagération du valgum décrite par le Dr B. _____ ne pouvait pas

- 4 - être expliquée par la méniscectomie du 30 novembre 2015. Par ailleurs, il doutait que la gonarthrose évoquée, surtout externe, mais aussi interne et antérieure, soit en rapport avec l'infection prise en charge correctement par lavage et drainage arthroscopique le 17 décembre 2015 et l'évolution favorable jusqu'au 10 mars 2016. Par courrier du 17 juillet 2017 au Dr B. _____, le Dr Q. _____ a expliqué qu'il avait conseillé à C. _____ de ne pas prendre en charge l'opération recommandée. En effet, il ressortait du rapport opératoire du 30 novembre 2015 du Dr Z. _____ une chondropathie au compartiment interne et une chondropathie avancée au stade IV au compartiment externe. Ces chondropathies ne pouvaient pas se développer en trois mois post-traumatiques. La chondropathie préexistante à l'accident expliquait la gonarthrose que le Dr B. _____ avait décrite. Le Dr Q. _____ a annexé le rapport précité du Dr Z. _____. Le même jour, le Dr B. _____ a écrit au Dr Q. _____ qu'il était connu qu'une arthrite septique pouvait conduire à une destruction de l'articulation. Les radiographies datant du 1er septembre 2015, soit avant l'opération et l'infection, montraient une articulation du genou normale. Il ne savait pas combien de temps après l'opération du 30 novembre 2015 étaient apparues les douleurs de l'assurée, avant l'intervention du 17 décembre 2015, ni le type de streptocoque mis en évidence. Toutefois, la patiente avait indiqué s'être vue prescrire des antibiotiques pendant 14 jours, alors que de manière générale, une antibiothérapie d'une durée de quatre semaines était favorisée. Le 21 juillet 2017, le Dr M. _____ a opéré l'assurée et lui a posé une prothèse totale du genou gauche. Il a relevé que l'importante dégradation de l'articulation qu'il avait observée était typique d'une conséquence d'une infection (cf. protocole opératoire du même jour). Par courrier du 4 septembre 2017, le Dr M. _____ a informé C. _____ que six semaines après l'opération, l'évolution était favorable.

- 5 - Après réexamen de l'ensemble des éléments, il était clair que l'atteinte au genou de la patiente consistait en une gonarthrose post-infectieuse. Le 6 septembre 2017, l'assurée a fait parvenir à C. _____ des photographies intra-opératoires que lui avait transmises le Dr M. _____. Le 6 novembre 2017, en réponse aux questions posées par le Dr Q. _____, le Dr Z. _____ a expliqué qu'à la suite de la première arthroscopie, l'évolution était favorable. Une semaine après l'ablation des fils, soit le 15 décembre 2015, la patiente avait annoncé que son genou était chaud et douloureux. Il l'avait vue en consultation le lendemain et avait posé l'indication à l'arthroscopie, laquelle s'était déroulée le

surlendemain. A la suite de cette arthroscopie, la patiente avait été mise au bénéfice d'un traitement par antibiotiques (Augmentin), jusqu'à normalisation de la CRP (protéine C réactive). Les germes responsables étaient des streptocoques de groupe G. L'évolution avait été favorable et l'antibiothérapie avait été arrêtée en février, après deux semaines de stabilisation de la CRP. Le Dr Z. _____ a annexé des résultats d'analyses de prélèvements effectués les 16 et 21 décembre 2015, 2, 12 et 26 janvier, 11 février et 8 mars 2016. Dans un rapport du 27 novembre 2017 à C. _____, le Dr Q. _____ a relevé que le Dr Z. _____ avait pris en charge correctement l'infection, par rinçage de l'articulation et prescription d'une antibiothérapie pendant deux mois. L'évolution aussi bien clinique que laboratoire était favorable, avec un suivi en particulier de la CRP qui s'était normalisée pendant dix semaines après l'intervention. La distorsion du genou gauche du 27 août 2015 et l'infection post-arthroscopique du 15 décembre 2015 ne pouvaient expliquer la gonarthrose qui avait conduit à la pose d'une prothèse totale du genou. C'était la gonarthrose surtout externe sur désaxation, sur valgum, qui avait indiqué cette intervention. La pose de la prothèse avait été décidée pour corriger le valgum du genou. Par ailleurs, dans son compte-rendu opératoire du 30 novembre 2015, le Dr Z. _____ avait fait état de chondropathies en rapport avec le valgum. Enfin, le Dr M. _____ avait décrit les radiographies

- 6 - préopératoires du 1er septembre 2015 comme normales, mais elles n'étaient pas comparables à celles réalisées le 20 juin 2017, lesquelles consistaient en des radiographies en charge, en schuss et en axiale de la rotule. Par décision du 10 janvier 2018, C. _____ a refusé de prendre en charge l'intervention du 21 juillet 2017 et les frais y relatifs. Elle a expliqué que les troubles ayant nécessité cette opération étaient imputables à une affection préexistante à l'accident. Par courrier du 5 février, complété le 29 mars 2018, l'assurée, désormais représentée par Me Laure Chappaz, s'est opposée à cette décision. Elle a soutenu qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 27 août 2015 et la pose de la prothèse totale du genou. Une infection septique était propre à entraîner une destruction des cartilages. Elle a notamment transmis un lot de factures en lien avec cette opération, qu'elle avait dû régler elle-même. Par décision sur opposition du 6 août 2018, C. _____ a confirmé le refus de prise en charge. Elle a répété que le rapport opératoire du 30 novembre 2015 faisait état d'une gonarthrose tricompartmentale du genou gauche déjà avancée. Les médecins de la Clinique N. _____ soutenaient que les radiographies effectuées avant l'intervention de l'automne 2015 ne montraient pas de signe d'arthrose prononcée, contrairement à celles effectuées le 20 juin 2017. Toutefois, ces radiographies n'étaient pas comparables, car elles n'avaient pas été réalisées dans la même position et avec la même mise en charge. Par ailleurs, une destruction des cartilages était possible à la suite d'une arthrite septique lorsque l'infection n'était pas traitée correctement et rapidement, ce qui n'avait cependant pas été le cas en l'espèce. C'était la gonarthrose préexistante à l'accident qui était à l'origine de la pose de la prothèse. L'on se trouvait ainsi en présence d'une atteinte dégénérative déjà importante au moment de l'accident, et d'une arthrite septique traitée rapidement et de manière optimale, laquelle n'avait donc pas pu aggraver l'état du genou. Le lien de causalité entre l'accident et la pose de

- 7 - la prothèse étant seulement possible, C. _____ n'avait pas à prendre en charge cette intervention. B. Par acte du 10 septembre 2018, T. _____, toujours représentée par Me Chappaz, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens de la prise en charge de

l'intégralité des conséquences de l'accident, en particulier celles liées à la pose de la prothèse totale du genou gauche. Elle a soutenu que l'appréciation du Dr Q._____ ne faisait notamment pas état de ses plaintes et de ses difficultés après l'infection septique, et était insuffisamment étayée, de sorte qu'une expertise devait être mise en œuvre. Le Dr M._____ avait eu connaissance du rapport du 30 novembre 2015 du Dr Z._____, qui n'avait que conforté le chirurgien à maintenir sa position quant à l'origine de la dégradation de l'articulation. Les images radiologiques de l'automne 2015 ne montraient pas de signe d'arthrose prononcée. Le dosage d'antibiotiques après l'infection n'était pas adéquat, et les deux, voire trois arthroscopies prescrites par la science médicale lors de telles infections n'avaient pas été effectuées. Ces éléments confirmaient que la pose de la prothèse était due à la destruction du cartilage ayant pour origine l'infection septique. La recourante a annexé une attestation établie le 7 septembre 2018 par son employeur, indiquant qu'elle avait repris son travail à 50 % dès le 4 avril 2016, puis à 100 % du 1er mai au 19 juillet 2017, avec une adaptation de son poste de travail. Elle a encore joint des témoignages de ses collègues concernant son état de santé. Dans sa réponse du 18 octobre 2018, C._____ a souligné que selon la jurisprudence, l'apparition de symptômes postérieurement à un accident ne suffisait pas encore pour retenir qu'ils étaient d'origine accidentelle. Les rapports des médecins de la Clinique N._____ ne prenaient pas en compte certaines pièces du dossier et n'étaient pas suffisamment fiables pour mettre en doute l'appréciation probante du Dr Q._____. Il n'y avait ainsi pas lieu de mettre en œuvre une expertise.

- 8 - Par réplique du 10 décembre 2018, la recourante a relevé que l'intimée se fondait sur des documents antérieurs à l'accident qui, selon cette dernière, expliquaient la détérioration de l'articulation. La recourante s'est ainsi étonnée que la pose de la prothèse n'ait pas été envisagée directement à la suite de l'accident. Par ailleurs, entre l'accident et la pose de la prothèse, l'articulation n'avait été que très peu utilisée, ne justifiant ainsi pas une détérioration aussi conséquente du cartilage. Par duplique du 21 décembre 2018, C._____ a expliqué que les lésions que présentait l'assurée après l'accident avaient impliqué un traitement plus urgent que l'arthrose. L'état du genou en novembre 2015, certes fortement endommagé, ne nécessitait pas encore la pose d'une prothèse. C'était l'évolution de l'arthrose qui avait donné lieu à l'opération, plus de 18 mois après l'intervention du 30 novembre 2015. Le 4 février 2019, la recourante a maintenu sa position. 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 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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

- 9 - (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le

point de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les frais liés à la pose de la prothèse totale du genou gauche de la recourante, singulièrement si cette opération se trouve en lien de causalité avec l'accident du 27 août 2015. 3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit. 4. 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). a) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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. Le point de 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

- 10 - 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 142 V 435 consid. 1, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3). 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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2). b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne

- 11 - constitue pas ou plus 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 par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine

vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2, 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). c) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui a été abrogé au 1er janvier 2017, selon lequel certaines lésions corporelles, dont les déchirures du ménisque (let. c), sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. d) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue en outre 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 (ATF 128 V 169 consid. 1c ; TF

- 12 - 8C_707/2013 du 19 juin 2014 consid. 5.2.1 et 8C_883/2012 du 24 octobre 2013 consid. 2.3). 5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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. 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). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 13 - 6. En l'espèce, la recourante a été victime d'une déchirure méniscale le 27 août 2015. L'intimée a pris en charge l'intervention du 30 novembre 2015, puis celle du 17 décembre

2015, laquelle a été rendue nécessaire en raison d'une arthrite septique. En revanche, elle refuse de prêter pour la pose de la prothèse totale du genou le 21 juillet 2017. Elle se fonde sur l'appréciation du Dr Q._____, qui considère que la destruction du cartilage est la conséquence d'une gonarthrose préexistante. La recourante, se basant sur les rapports du Dr M._____, soutient quant à elle que c'est l'arthrite septique qui en est la cause. Avant d'établir son rapport du 27 novembre 2017, le Dr Q._____ a analysé l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier. Il a notamment tenu compte du rapport opératoire du 30 novembre 2015 du Dr Z._____, lequel révèle clairement différents stades de chondropathie préexistants, constatés au cours de l'intervention. Le Dr M._____ ne s'est quant à lui jamais prononcé sur ce rapport, et en a fait abstraction, alors qu'il constitue une pièce essentielle au dossier. En outre, contrairement au Dr Q._____, le Dr M._____ n'a pas eu connaissance exacte des circonstances de l'arthrite septique, de sa prise en charge, de son évolution et des résultats d'analyse, ce qu'il admet d'ailleurs dans son courrier du 17 juillet 2017. Il relève en particulier qu'il ne savait pas combien de temps après l'opération du 30 novembre 2015 étaient apparues les douleurs de l'assurée, avant l'intervention du 17 décembre 2015, et qu'elle s'était vue prescrire des antibiotiques pendant 14 jours, durée qu'il a critiquée, affirmant qu'une antibiothérapie de quatre semaines était généralement préconisée. Or, dans son courrier du 6 novembre 2017, le Dr Z._____ a expliqué que l'évolution était favorable après la première arthroscopie et que la patiente avait annoncé, une semaine après l'ablation des fils, soit le 15 décembre 2015, que son genou était chaud et douloureux. Elle avait été vue en consultation le lendemain et l'arthroscopie avait eu lieu le surlendemain. Elle avait été mise au bénéfice d'un traitement par antibiotiques jusqu'en février, soit une durée supérieure à celle de 14 jours évoquée par le Dr M._____. Tel que le relève le Dr Q._____, la prise en charge de l'arthrite septique a été rapide et optimale, information dont ne disposait pas le Dr M._____.

- 14 - Pour le surplus, le Dr Z._____ a conclu que l'évolution avait été favorable, de sorte qu'il n'y avait pas eu lieu de pratiquer une nouvelle arthroscopie. La critique formulée par la recourante, liée à l'absence d'une arthroscopie supplémentaire, est ainsi infondée. Le Dr Q._____ explique de manière convaincante que c'est la gonarthrose préexistante, sur valgus, qui est à l'origine de la destruction du cartilage ayant nécessité la pose d'une prothèse, et non la distorsion du genou ou l'infection septique, dont le suivi après l'apparition des douleurs avait été optimal. Le Dr M._____ reconnaît l'existence d'un valgus sur le genou gauche (cf. notamment rapport du 21 juillet 2017, mentionnant un « Valgusmorphotyp »). Par ailleurs, le Dr Q._____ décrit la raison pour laquelle les radiographies du 1er septembre 2015, sur lesquelles se base le Dr M._____ pour conclure à une articulation du genou normale avant la première intervention, ne constituent pas une base suffisante pour se prononcer sur la problématique litigieuse. Le Dr Q._____ relève en effet que ces radiographies ne peuvent être comparées à celles effectuées en 2017, car elles n'ont pas été réalisées dans la même position et avec la même mise en charge. A cela s'ajoute que le Dr Z._____ a clairement constaté une chondropathie préexistante (cf. rapport du 30 novembre 2015 précité). La recourante soutient encore qu'entre l'accident et la pose de la prothèse, l'articulation n'avait été que très peu utilisée, ce qui ne justifiait pas une détérioration aussi importante du cartilage. Toutefois, celui-ci présentait déjà une atteinte conséquente avant l'accident. Jusqu'à l'opération du 21 juillet 2017, il s'est encore écoulé de nombreux mois, au cours desquels cette atteinte a progressé, même si la recourante bénéficiait de certains aménagements de son poste de travail (éviter les transports au bloc opératoire, accompagner des cas légers,

prise en charge des patientes proches du bureau infirmier ; cf. attestation du 7 septembre 2018 de l'employeur). Par ailleurs, il ressort de l'anamnèse contenue dans le rapport du 20 juin 2017 des médecins de la Clinique N._____ qu'elle devait demeurer debout une grande partie de la journée.

- 15 - Au vu de ce qui précède, il convient de se rallier à l'appréciation du Dr Q._____, convaincante et exempte de contradiction. Les rapports du Dr M._____, se fondant notamment sur des informations incomplètes, ne sauraient la remettre en cause. Ils ne mettent en évidence qu'un rapport de cause à effet possible entre l'atteinte septique et le dommage, ce qui est insuffisant pour fonder le droit à des prestations. Il sied au contraire de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la pose de la prothèse du genou gauche est exclusivement liée à une arthrose, consécutive à un valgus morphologique. Dans ces conditions, l'intimée était en droit de refuser la prise en charge de cette opération, également sous l'angle de l'art. 36 LAA (cf. consid. 4b supra). 7. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

- 16 - I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 6 août 2018 par C._____ 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 Laure Chappaz (pour T._____) - C._____ - 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 :

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