

VD_GERICHTE ZA20.002697 vom 21. August 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.002697

FR: VD_GERICHTE ZA20.002697 du 21 août 2020

IT: VD_GERICHTE ZA20.002697 del 21 agosto 2020

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 12/20 - 119/2020 ZA20.002697 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 21 août 2020 _____ Composition : M. PIGUET, président Mmes Berberat et Durussel, juges Greffière : Mme Guardia ***** Cause pendante entre : S. _____, à [...], recourante, représentée par Miguel Pan, et C. _____ SA, à [...], intimée. _____ Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille en tant que [...] pour la [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles auprès de C. _____ SA (ci-après : C. _____ SA ou l'intimée) jusqu'au 31 décembre 2017 et est désormais couverte par F. _____ depuis le 1er juillet 2018. a) Le 10 novembre 2016, alors qu'elle jouait au football, l'assurée s'est faite tacler par une joueuse adverse, ce qui lui a causé une torsion du genou droit. L'assurée a consulté le 12 mai 2017 le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison de douleurs persistantes. Ce spécialiste a fait procéder à une IRM du genou droit le 17 mai 2017 dont il ressort que l'assurée présentait une « méniscopepathie de grade II touchant la corne postérieure du ménisque interne s'associant à un foyer de déchirure à la jonction entre corne postérieure et moyenne, de trajet horizontal- oblique ». Des radiographies du genou droit face et profil en charge et axiale des rotules réalisées le même jour ont fait ressortir l'intégrité de l'interligne fémoro-tibiale interne et externe, sans foyer de fracture ni d'irrégularité corticale ou osseuse spongieuse, ni d'irrégularité des parties molles méniscales. Il n'était pas constaté d'anomalie du positionnement vertical de la rotule ni de signe en faveur d'un épanchement majeur de la bourse supra-patellaire. Le 19 juillet 2017, l'assurée a subi une arthroscopie du genou droit avec suture de la corne postérieure du ménisque interne. Le cas a été pris en charge par C. _____ SA (cf. courrier du 24 juillet 2017).

- 3 - A l'issue des consultations des 20 octobre 2017 et 23 janvier 2018, le Dr R. _____ a constaté la bonne évolution ensuite de la suture méniscale et prescrit une reprise progressive du sport (cf. rapports des 29 décembre 2017 et 23 janvier 2018). A la suite de consultations où l'assurée s'était plainte de douleurs après le sport, sans blocage ni lâchage, le Dr R. _____ a procédé à des infiltrations du genou droit, le 14 août 2018 puis en novembre 2018 (cf. rapport du 9 janvier 2019). Interpellé sur les conséquences de l'accident du 10 novembre 2016, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin-conseil auprès de C. _____ SA, a retenu ce qui suit (cf. rapport du 19 mars 2019) : Lors d'un match de football, une joueuse a taclé Mme S. _____ au niveau du tibia droit. Lors de ce coup, le genou droit s'est tordu. A ce moment, elle a ressenti une grosse douleur au tibia et au genou. Le diagnostic initial mentionne une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou. Depuis fin 2018, a repris un traitement c/o son médecin qui lui

prescrit des injections d'Ostéonil. La reprise du traitement médical ainsi que des injections d'ostéonil sont en lien de causalité avec l'accident du 10.11.2016. [...] Je ne suis pas convaincu de la nécessité de l'intervention du 19.7.2019 [recte : 2017]. Il s'agissait d'une méniscopathie externe et interne avec une petite déchirure, qui n'était pas forcément en lien avec le traumatisme directe [sic] du 10.11.2016. Les plaintes actuelles sont dues de manière prépondérante à l'évolution de la méniscopathie préexistante. Empfehlungen : pas à la charge de la LAA Par décision du 16 mai 2019, C._____ SA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 24 janvier 2018 au motif que les traitements prodigués dès cette date n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 10 novembre 2016 et a renoncé à demander le remboursement des frais payés aux mois de juillet et août 2018.

- 4 - Le 26 juin 2019, l'assurée s'est opposée à la décision précitée. Elle a complété son opposition le 14 août 2019, indiquant qu'à la suite de l'intervention de 2017, elle avait souffert de douleurs résiduelles au genou droit qu'elle avait tardé à annoncer. A son sens, les douleurs étaient directement liées aux suites de l'opération. L'assurée a joint à son opposition un rapport du 25 juin 2019 du Dr R._____ dont le contenu est notamment le suivant : J'ai opéré Mme S._____ le 19.07.17 de son genou D. Il s'agit d'une jeune patiente sportive, de 27 ans qui a eu une déchirure du ménisque interne suite à un accident au Foot le 10.11.16. Avant cet accident elle n'avait aucune douleur au genou D. Les suites opératoires ont été favorable [sic] dans un premier temps. Cependant, elle a eu du mal à reprendre le sport, avec des douleurs de type mécanique après le sport. Ce qui est assez fréquent après ce genre d'opération Raison pour laquelle j'ai effectué une infiltration de son genou D. J'ai vu la patiente en consultation le 23.01.2018, date buttoir selon vous pour passer le cas en maladie. Merci de justifier en terme [sic] médicaux et non juridique cette raison "médicale" Actuellement, elle est complètement soulagée et n'a plus aucune douleur. A repris ces activités sportives au même niveau. b) Le 8 mars 2019, alors qu'elle [...], l'assurée a violemment heurté son genou droit contre le sol. Une IRM réalisée le 12 mars 2019 a conclu à une « petite déchirure de la corne postérieure du ménisque interne versus un éventuel status post suture à confronter aux données cliniques. Discret épanchement intra-articulaire. Chondropathie du condyle interne peu marquée et discrète ostéophytose du condyle interne ». F._____, assureur-accident de l'assurée depuis le 1er janvier 2018, a pris le cas en charge. c) Le 8 juillet 2019, alors qu'elle [...], l'assurée a été appelée [...] et couru en direction de sa voiture. Pendant sa course, elle a changé de direction et ressenti un craquement au niveau de son genou droit. Une arthro-IRM du genou droit réalisée le 19 juillet 2019 a mis en évidence une amputation nouvelle du bord libre du segment moyen du ménisque

- 5 - interne ainsi qu'une nouvelle déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque interne (cf. rapport du 19 juillet 2019 du Dr [...], spécialiste en radiologie). Le cas a été annoncé à F._____ qui a considéré que cet événement constituait une suite de l'accident du 10 novembre 2016 et refusé de prendre le cas en charge (cf. décision du 20 août 2019 F._____). L'assureur se fondait sur un rapport du 13 août 2019 de son médecin-conseil, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont le contenu est le suivant : Employée de [...] depuis le 1.3.2012 chez [...]. Présente un antécédent d'accident de football en 2017, cas pris en charge par C._____ SA, avec une lésion horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, soit une lésion grade Tossi II avec une lésion de la face articulaire à la jonction corne postérieure zone

moyenne (cf. IRM 17.5.2017). Le cas avait été pris en charge par le Dr R. _____, ce dernier avait pratiqué une suture de la corne postérieure du ménisque interne le 19 juillet 2017 avec 2 ancras Arthrex. Les suites ont été moyennes puisque – selon les documents à disposition – à la reprise progressive du sport à 6 mois, elle a commencé à présenter des douleurs pour lesquelles elle a reconsulté le Dr R. _____. Deux infiltrations successives ont été faites, l'une en juillet 2018, l'autre en novembre 2018. A l'occasion d'un changement de direction en courant, sans autre événement particulier, elle a présenté un craquement et une douleur au genou pour lequel elle a consulté le Dr N. _____ (genou droit). L'examen clinique et une IRM montrent une re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, avec une languette méniscale luxée. Il propose une résection chirurgicale. Je laisse le soin au service administratif de décider de la notion d'accident. Si le service administratif ne retient pas la notion d'accident, la re- déchirure d'une lésion méniscale avec un trait horizontal de toute la corne postérieure du ménisque interne sur l'IRM faite, avec une atteinte de la surface articulaire, qui est assez typique d'une lésion dégénérative avec, en général, un pronostic très réservé vis-à-vis d'une suture chirurgicale, le corps méniscal présentant une dégénérescence micro et macro kystique cicatrice mal et est fragile, et à l'occasion d'un mouvement se redéchire. Chez Mme S. _____, il s'agit de cette évolution classique. Il s'agit donc clairement des complications à terme de la suture de cette lésion méniscale, soit de l'état antérieur à l'événement actuel. L'état actuel du genou est en relation avec l'événement du 10.11.2016, pour lequel elle a présenté des douleurs qui ont perduré et pour lequel elle a consulté le Dr R. _____ le 7.7.2017, qui a mis en évidence cette lésion.

- 6 - Le 13 août 2019, l'assurée a subi une arthroscopie et une méniscectomie interne partielle du genou droit. Le 9 septembre 2019, l'employeur de l'assurée a annoncé à C. _____ SA une rechute de l'accident du 10 novembre 2016. d) Dans ce cadre, le dossier a été confié au Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de C. _____ SA, pour appréciation de la situation. Dans un rapport du 26 novembre 2019, celui-ci a retenu ce qui suit : Examen du dossier suite à la demande de prise en charge des frais liés à l'événement du 08.07.2019 comme conséquences de l'accident assuré du 10.11.2016. C. _____ SA a pris en charge une suture de la corne postérieure du ménisque interne réalisée le 19.07.2017 dans le contexte d'une méniscopathie décrite à l'examen IRM du 17.05.2017 avec petite déchirure. En visionnant les images réalisées lors de l'arthroscopie, je constate des atteintes au niveau du cartilage qui ne sont pas décrites par le Dr R. _____ dans son protocole opératoire. Ces lésions sont des éléments étrangers à l'accident, relevant d'une étiologie malade. La suture est parfaitement réalisée avec une évolution globalement favorable. Le Dr R. _____ décrit, lors de ses consultations du 23.01.2018 et du 24.07.2018 une bonne évolution avec reprise progressive du sport. Les infiltrations qu'il organise en août 2018 puis en novembre 2018 sont réalisées en raison de l'atteinte cartilagineuse, soit sans rapport de causalité avec l'accident, ni avec la suture méniscale. Survient un nouvel accident, le 08.03.2019, pris en charge par l'F. _____, nouvel assureur accidents selon la LAA de Mme S. _____. Elle présente une contusion de son genou droit laquelle va entraîner une incapacité de travail à 100% du 10.03.2019 au 17.03.2019. Le 08.07.2019, nouvelle événement, alors qu'elle courait, en changeant de direction, Mme S. _____ ressent un craquement dans son genou droit. Un nouvel examen arthro-IRM du genou droit est réalisé le 19.07.2019. Cet examen décrit parfaitement les complications attendues d'une méniscopathie déjà remarquée lors du 1er examen IRM le 17.05.2017. Le Dr N. _____

effectue tout à fait raisonnablement une ménisectomie interne partielle par arthroscopie le 13.08.2019 de cette lésion dégénérative.

- 7 - Il s'agit de l'évolution normale de la méniscopathie qui n'est pas une conséquence de l'accident du 10.11.2016 pris en charge par C. _____ SA, ni de la suture méniscale. Je confirme également que s'agissant des suites de l'accident du 10.11.2016, le status quo sine est rétabli au plus tard lors de la consultation du 23.01.2018. La suture méniscale a bien fonctionné et son évolution est décrite comme tout à fait favorable. e) Par décision sur opposition du 2 décembre 2019, C. _____ SA a confirmé la décision du 16 mai 2019, rejeté l'opposition formée par l'assurée et refusé de prendre en charge les frais encourus dès le 8 juillet 2019. Elle a considéré que les infiltrations effectuées en août et novembre 2018 faisaient suite à des atteintes cartilagineuses, que l'accident du 10 novembre 2016 avait rendu symptomatique une pathologie méniscale préexistante et que le status quo sine avait été rétabli le 23 janvier 2018 au plus tard. B. Par acte du 20 janvier 2020, S. _____, représentée par Miguel Pan, a déféré la décision du 2 décembre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et pris les conclusions suivantes : 1. Annuler la décision sur opposition du 2 décembre 2019 de C. _____ SA ; Principalement : 2. Ordonner une expertise juridique portant sur l'origine des gênes ressenties après l'opération du 19 juillet 2017 et sur la nécessité médicale des interventions pratiquées par le Dr R. _____ 3. Condamner C. _____ SA à délivrer les prestations légales d'assurances dès le 08.07.2019. Subsidièrement : 4. Ordonner une expertise juridique portant sur a) l'origine des gênes ressenties après l'opération du 19 juillet 2017 et sur la nécessité médicale des interventions pratiquées par le Dr R. _____ ; et b) la cause prépondérante des troubles rencontrés après la rechute du 08.07.2019. Plus subsidiairement :

- 8 - 5. Renvoyer la cause à C. _____ SA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En tout état de cause : 6. Avec suite de dépens. En substance, la recourante estimait que le rapport du 26 novembre 2019 du Dr M. _____ devait être écarté car il ne reposait pas sur une analyse médicale de la situation. Les avis des Drs R. _____ et H. _____ étaient quant à eux contradictoires de sorte qu'il convenait d'ordonner une expertise médicale. La recourante a produit plusieurs pièces soit notamment : - un rapport du 20 janvier 2020 du Dr R. _____ ayant le contenu suivant : 1. L'accident du 10 novembre 2016 était-t-il toujours une cause directe des gênes ressenties par Madame S. _____ après l'opération du 19 juillet 2017 ? - Oui 2. Y avait-t-il [sic] d'autres causes à ces gênes ? Dans l'affirmative, je vous remercie de définir si celles-ci étaient directes et si elles présentaient un caractère de maladie ou d'accident. - Non 3. Dans l'hypothèse où plusieurs causes étaient directement à l'origine des troubles rencontrés par Madame S. _____, pouvez-vous déterminer dans quelle proportion celles-ci interviennent. - une seule cause, il s'agit de l'accident de Foot du 10.11.16 4. Pour quelles raisons les infiltrations (PRP et viscosupplémentation) pratiquées en août et novembre 2018 sont-elles intervenues ? Est-ce que ces interventions auraient été nécessaires en l'absence de l'accident du 10 novembre 2016 ? - Les infiltrations ont eu lieu dans un contexte de douleurs post- opératoire. L'efficacité d'infiltration de PRP et/ou de viscosupplémentation est prouvée dans la littérature médicale dans les cas d'arthrose débutante, de chondropathie, elles aident dans la fonction de lubrification du genou, qui est assuré en partie par les ménisques. [...] - un rapport du 17 janvier 2020 du Dr N. _____ dont le contenu est le suivant : 1. [L'accident du 10 novembre 2016 était-il toujours une cause directe des gênes ressenties par Madame S. _____ lors de l'événement du 8 juillet 2019 (course à pied

avec changement de direction) ?] Selon moi, oui. On peut déterminer un état de rechute.

- 9 - 2. Autres causes à ces gênes : Oui, il peut y avoir des douleurs du compartiment interne d'origine mixte entre une déchirure du ménisque interne et des troubles dégénératifs de chondrite du cartilage du compartiment interne déjà présents et visibles lors de la dernière arthroscopie. 3. Causes directement à l'origine des troubles rencontrés : Impossible à dire avec certitude mais dans le cas qui nous concerne, les symptômes après le faux mouvement en course à pieds étaient très probablement générés de façon prépondérante par la lésion méniscale. 4. Événement du 08.07.2019 : On peut considérer trois hypothèses : soit on estime que le ménisque interne était guéri et il s'agit donc d'un nouveau traumatisme couvert par F._____, soit on considère qu'il y a un taux de récurrence important de déchirure du ménisque interne après suture d'une lésion isolée du ménisque interne et donc on le considère comme une rechute couverte par C._____ SA, soit on considère qu'il n'y a pas eu de nouvel accident et le cas est couvert en assurance maladie. 5. Éléments à préciser : Cette patiente a été opérée d'une suture par voie arthroscopique du ménisque interne après une déchirure de celui-ci. On sait que l'on se déchire le ménisque interne le plus souvent car celui-ci est siège d'une dégénérescence au départ. C'est d'ailleurs pour cette raison que les résultats des sutures de lésions isolées du ménisque interne sont décevants. Le ménisque ne guérit souvent pas ou s'il guérit, la cicatrice méniscale précaire se déchire la plupart du temps dans les 5 ans qui suivent la réparation. C'est d'ailleurs pour cette raison que ces problèmes de déchirure méniscale après suture sont souvent une cause de litiges dans la chirurgie du genou. Lorsque la patiente a fait de la course à pied et simplement en changeant de direction a déchiré son ménisque interne, cela ne représente pas un traumatisme en soit mais plutôt un mouvement habituel de course à pieds, mais qui peut déchirer un ménisque déjà suturé et inévitablement dégénératif et fragile. La position de C._____ SA de passer ce cas en cas maladie est donc tout à fait défendable sur le plan médical et juridique si l'on considère la définition juridique d'un accident. Par contre, le service médical de C._____ SA sait qu'il y a un risque significatif de récurrence de déchirure après suture d'une lésion isolée du ménisque interne, et devrait alors peut-être assumer les suites de la patiente puisque C._____ SA a accepté le cas en accident la première fois au moment du traitement réalisé par le Dr R._____. Par réponse du 24 février 2020, S._____ a conclu au rejet du recours. E n d r o i t :

- 10 - 1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36] et 38 al. 4 let. c LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit, en lien avec l'événement survenu le 10 novembre 2016, à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 23 janvier 2018, respectivement sur la question de savoir si elle a droit à des prestations pour les suites de l'événement survenu le 8 juillet 2019. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident

professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

- 11 - b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle 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). c) 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 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine* vel

- 12 - *ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 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, pp. 340 ss ; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. d) 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'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA ; 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 affection 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 et les réf. citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les réf. citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

- 13 - 4. a) 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). b) 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).

- 14 - 5. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un accident le 10 novembre 2016. L'intimée a d'ailleurs pris en charge les suites de cet événement. a) Estimant que le status quo sine avait été rétabli le 23 janvier 2018 au plus tard, elle a considéré que les infiltrations réalisées en août et novembre 2018 n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement considéré. aa) Il ressort de l'IRM réalisée le 17 mai 2017 que la recourante présentait à cette date une méniscopathie de grade II ainsi qu'une déchirure du ménisque, les radiographies du même jour faisant ressortir l'intégrité de l'interligne fémoro-tibiale interne et externe, sans foyer de fracture ni d'irrégularité corticale ou osseuse

spongieuse, ni d'irrégularité des parties molles méniscales. L'intimée a pris en charge la suture du ménisque interne réalisée le 19 juillet 2017 ainsi que les suites directes de cette intervention, laquelle intervention s'est bien déroulée (protocole opératoire du 19 juillet 2017 ; rapports des 29 décembre 2017, 23 janvier 2018 et 25 juin 2019 du Dr R. _____ ; du 26 novembre 2019 du Dr M. _____), la recourante n'évoquant aucune difficulté au cours des douze mois suivants. Dans son rapport du 17 janvier 2019, le Dr N. _____ a néanmoins relevé qu'une déchirure du ménisque découlait le plus souvent d'une dégénérescence, altération constatée par l'ensemble des spécialistes ayant examiné la recourante (rapports du 19 mars 2019 du Dr H. _____ ; 25 juin 2019 du Dr R. _____ ; du 13 août 2019 du Dr B. _____ ; du 26 novembre 2019 du Dr M. _____ ; du 17 janvier 2020 du Dr N. _____). Ainsi, le Dr H. _____ a, dans son rapport du 19 mars 2019, expliqué que la déchirure elle-même n'était pas « forcément en lien avec le traumatisme direct [...] du 10.11.2016 ». De même, le Dr M. _____ a, dans son rapport du 26 novembre 2019, relevé qu'il constatait, à l'arthroscopie du 17 mai 2017, des atteintes cartilagineuses qui n'avaient pas été décrites par le Dr R. _____ dans son protocole opératoire et qui étaient étrangères à l'accident, relevant d'une étiologie malade.

- 15 - bb) L'intimée estime que les douleurs dont la recourante a fait état en juillet et novembre 2018 découlent de l'atteinte dégénérative constatée. Elle se fonde sur l'avis du 26 novembre 2019 du Dr M. _____ qui a retenu que le statut quo sine était rétabli au plus tard lors de la consultation du 23 janvier 2018, les douleurs apparues durant l'année 2018 découlant de « l'évolution normale de la méniscopathie ». L'appréciation du Dr M. _____ est fondée sur une analyse des rapports d'imagerie et prend en compte l'ensemble des informations médicales à disposition. Il ne figure au demeurant aucun élément médical au dossier qui contreviendrait à cette analyse. A cet égard, il y a lieu de relever que, pour justifier les infiltrations litigieuses, le Dr R. _____ a indiqué que leur « efficacité [était] prouvée dans la littérature médicale dans les cas d'arthrose débutante [et] de chondropathie » soit dans des cas d'atteintes d'origine dégénératives. cc) Il résulte de ce qui précède que même à admettre que la déchirure méniscale constatée sur l'IRM du 17 mai 2017 découlait de l'événement du 10 novembre 2016, les douleurs présentées par la recourante plusieurs mois après la suture méniscale ne résultent pas de cet accident mais bien de l'atteinte dégénérative préexistante. A cet égard, l'appréciation du Dr R. _____ qui estime que les douleurs ressenties par la recourante découlent de l'accident se fonde sur un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » insuffisant à démontrer l'existence d'un rapport de causalité (cf. rapport du 25 juin 2019 du Dr R. _____ « avant cet accident elle n'avait aucune douleur au genou D » ; cf. consid. 3d supra). L'intimée n'a par conséquent pas violé le droit fédéral en mettant fin au versement de ses prestations au 23 janvier 2018. b) Concernant les suites de l'événement du 8 juillet 2019, l'intimée a considéré que celles-ci étaient dues à l'évolution normale et attendue d'une méniscopathie dégénérative de sorte qu'elle a refusé de prendre en charge les frais en découlant.

- 16 - aa) Dans un premier temps, il convient de relever, à la lumière de la déclaration d'accident du 9 septembre 2019, que la recourante a effectué un faux mouvement, à l'exclusion de tout facteur déclenchant extérieur. Or, à défaut d'un tel facteur, il n'est pas possible de retenir qu'un événement accidentel serait survenu en date du 8 juillet 2019. Aussi convient-il uniquement d'examiner si les troubles allégués par la recourante peuvent être pris en charge au titre de rechute de l'accident du 10 novembre 2016. bb) Il ressort de l'arthro-IRM réalisée le 19 juillet 2019 qu'à la suite de son faux mouvement, la recourante a

présenté une amputation nouvelle du bord libre du segment moyen du ménisque interne ainsi qu'une nouvelle déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque interne. Dans son rapport du 26 novembre 2019, le Dr M. _____ a relevé que les examens d'imagerie permettaient de constater des complications typiques d'une méniscopathie qui avaient déjà été relevées à l'IRM du 17 mai 2017. Ce spécialiste a ainsi retenu que les nouvelles lésions n'étaient pas dues à l'accident du 10 novembre 2016 mais bien à cette atteinte dégénérative. Cette appréciation rejoint celle du Dr B. _____ car, même si ce dernier a indiqué dans son rapport du 13 août 2019 que cette problématique constituait une complication à terme de la suture de la lésion méniscale, il a précisé que la déchirure et l'atteinte de la surface articulaire étaient typiques d'une lésion dégénérative qui, par sa nature, rendait réservé le pronostic d'une telle suture. Il a précisé que dans une telle situation où le corps méniscal présentait une dégénérescence micro et macro kystique, celui-ci pouvait se déchirer à l'occasion d'un mouvement. Pour sa part, le Dr N. _____ a confirmé que des troubles dégénératifs avaient été constatés dès les premiers examens d'imagerie et pouvaient expliquer – en partie selon lui – les douleurs ressenties par la recourante dès le 8 juillet 2019. Comme cela a été relevé ci-dessus, ce spécialiste a précisé spontanément que la déchirure du ménisque interne avait lieu le plus souvent en raison d'une dégénérescence au départ et que dans une telle situation, une simple course à pieds pouvait entraîner un re-déchirement dès lors que le ménisque se trouve « dégénératif et fragile » (cf. rapport du 17 janvier 2020).

- 17 - cc) Il ressort de ce qui précède que l'existence d'un lien de causalité entre les lésions constatées à l'arthro-IRM du 19 juillet 2019 et l'événement traumatique du 10 novembre 2016 n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, dès lors que l'ensemble des médecins ayant examiné la recourante admet que ces lésions seraient dues à l'évolution de son atteinte dégénérative. c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que tant les troubles persistants au-delà du 23 janvier 2018 que ceux présents après le 8 juillet 2019 n'étaient pas dus à l'accident survenu le 10 novembre 2016. 6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors 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 serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2). 7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 2 décembre 2019 confirmée. b) 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 la recourante n'obtient pas gain de cause (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.

- 18 - II. La décision sur opposition rendue le 2 décembre 2019 par la C. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Miguel Pan (pour S. _____), - C. _____ SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral

(Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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