

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2012

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Pasche, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

R. _____ **CAISSE-MALADIE**, à Berne, recourante,

et

CAISSE M. _____, à Martigny, intimée,

et

I. _____, partie intéressée.

Art. 4 LPGA; art. 11 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1954, travaille comme enseignante auprès de l'Etat de Vaud à [...]. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles selon la législation sur l'assurance-accidents auprès de la Caisse M. _____, membre du J. _____. Elle est également assurée, pour l'assurance-maladie obligatoire, auprès de R. _____ Caisse-maladie.

Le 17 avril 2009, en voulant éviter un enfant débutant, l'assurée a fait une chute à ski dans de la neige de printemps sur une piste bleue à [...], et s'est blessée au genou gauche. Cet événement, qui n'a pas entraîné d'incapacité de travail immédiate, a été annoncé à la Caisse M. _____ par l'employeur de l'assurée.

Le 16 juillet 2009, à la demande de la Caisse M. _____, l'assurée a indiqué que le traitement médical, qu'elle suivait auprès du Dr H. _____, spécialiste en médecine générale, était terminé depuis le 1^{er} juillet 2009 et qu'il lui restait encore quatre séances de physiothérapie. Le traitement médical a repris le 14 août 2009 et de nouvelles séances de physiothérapie ont été prescrites.

Une IRM du genou gauche a été effectuée le 14 août 2009 par le Dr X. _____, spécialiste en radiologie, qui a retenu en particulier ce qui suit:

"Descriptions

Compartiment externe: défaut cartilagineux de grade I sur une pastille d'environ 1cm, juste en avant de la corne postérieure du ménisque externe, associée à une déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque externe. La corne antérieure du ménisque externe présente également une petite déchirure radiaire. Pas de fragment libre méniscal décelable. Intégrité du tendon du poplité du LLE. Intégrité de l'insertion du tendon du muscle crural sur le péroné. Pas de lésion tibio-péronière. Pas de lésion de la bandelette ilio-tibiale.

[...]

Conclusion

Deux petites lésions méniscales radiaires, une de la corne postérieure du ménisque externe et une de la corne antérieure du ménisque externe.

Lésions cartilagineuses à l'emporte-pièce en avant de la déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque externe sur le versant fémoral avec perte d'une pièce cartilagineuse, d'une pastille d'environ 1 cm d'un diamètre transverse et de 17 mm de diamètre antéro-postérieur. Pas d'oedème sous-chondral associé. Lésions cartilagineuses patellaires. Petit épanchement intra-articulaire.

Petit kyste sur l'arrière du LCP à la hauteur du ménisque interne.

Petite tendinopathie d'insertion du tendon rotulien sur la rotule avec bursite pré-rotulienne associée".

Dans un rapport du 25 août 2009, le Dr H._____ a posé le diagnostic de lésions méniscales de la corne postérieure du ménisque externe du genou gauche, suite à l'accident de ski du 17 avril 2009. Il a indiqué que l'assurée suivait des séances de physiothérapie et un traitement d'anti-inflammatoires, puis a annoncé une consultation en orthopédie.

Le 14 septembre 2009, la Caisse M._____ a, en l'état, refusé de prendre en charge la suite du traitement de physiothérapie.

Une radiographie du genou gauche a été effectuée le 16 octobre 2009 par le Dr P._____, du service de radiologie de [...], qui a retenu un "pincement fémoro-tibial interne associé à une ostéophytose débutante fémorale et tibiale, s'accompagnant d'effilement de l'épine tibiale rentrant dans le cadre d'une gonarthrose".

Le 11 novembre 2009, à [...], l'assurée a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche, avec régularisation des lésions méniscales externes, et régularisation des lésions chondrales externe, interne et fémoro-patellaire. Les diagnostics de "lésion de la corne postérieure et de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche et de lésions

de chondropathie diffuses" ont été posés par le Dr Z._____, chirurgien orthopédique ayant pratiqué l'intervention.

Le 23 décembre 2009, répondant à une demande de renseignements de la Caisse M._____, le Dr Z._____ a retenu les diagnostics de déchirure au genou gauche et de chondropathie, avec comme étiologie une chute à ski. Il a nié que des circonstances sans rapport avec l'accident aient joué un rôle dans l'évolution du cas et a attesté un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoires.

Le 26 janvier 2010, à la demande de la Caisse M._____, l'assurée a indiqué qu'il lui restait encore cinq séances de physiothérapie à effectuer.

Par décision du 15 février 2010, dont une copie a été adressée à R._____ Caisse-maladie, la Caisse M._____ a relevé que les lésions au genou gauche existaient déjà avant l'accident du 17 avril 2009, qui n'avait tout au plus que révélé un état dégénératif préexistant. Elle a admis une relation de causalité jusqu'au 14 août 2009, date à laquelle l'IRM avait permis d'exclure la présence d'une lésion traumatique. Les soins donnés dès le 15 août 2009 n'étaient donc plus à la charge de la Caisse M._____, mais relevaient de l'assurance-maladie.

Le 10 mars 2010, R._____ Caisse-maladie a formé opposition contre la décision rendue par la Caisse M._____, en faisant valoir que les troubles actuels étaient dus à l'accident du 17 avril 2009 au degré de vraisemblance prépondérante, de sorte que la Caisse M._____ devait prendre en charge le traitement des lésions subies lors de cet événement.

Le cas a été soumis au Dr R._____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de la Caisse M._____, qui, dans un rapport du 6 avril 2010, a retenu ce qui suit:

"La question de la relation de causalité naturelle entre, l'événement du 17 avril 2009 et, les lésions objectivées au genou gauche de Mme

I. _____, lésions ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale, est posée.

[...]

Cette relation causale peut raisonnablement être écartée.

L'événement du 17 avril 2009 fut responsable d'une contusion du genou gauche, [et il se] peut aussi d'une entorse mineure de cette articulation.

Il a surtout révélé un état pathologique sous-jacent, s'agissant d'une gonarthrose, dont les détails furent objectivés sur l'IRM et les radiographies standard.

D'autre part, aucune lésion traumatique, pouvant faire suite à l'événement qui nous concerne, telle une «déchirure» méniscale, une «fracture», une «luxation», etc., n'a été décrite par le chirurgien.

L'arthroscopie du 11 novembre 2009 a seulement mis en évidence des troubles dégénératifs. Il y avait, en premier lieu, des lésions chondrales, rentrant dans le cadre de l'arthrose. Il y avait aussi des lésions méniscales, s'agissant très vraisemblablement d'un effritement du bord libre du ménisque externe. Ce dernier n'a pas nécessité une «méniscectomie» à proprement parler (comme c'est l'habitude en cas de déchirure méniscale franche, qui est une interruption abrupte du corps méniscal), mais juste une régularisation. Ces lésions du bord méniscal libre, mineures, sont fréquentes en cas d'arthrose. Si on essaye de les caricaturer, on peut les comparer à l'effritement observé sur le bord d'un tapis usé...

La notion de l'absence de lésion traumatique significative, ou encore celle d'une action vulnérante de bas grade subie par le genou, et émanant de l'événement qui nous concerne, peut aussi être corroborée par une latence conséquente entre ledit événement et la prise en charge médicale, peut-être aussi par l'absence d'une période d'incapacité de travail dans les suites immédiates.

Pour la seule contusion/entorse bénigne évoquée, le délai d'atteinte du status quo ante/sine n'aurait pas dû dépasser 1-2 mois, au maximum 3 si l'on considère qu'il s'agissait d'un genou malade, élément qui peut donc retarder le rétablissement".

Par décision sur opposition du 10 janvier 2011, la Caisse M. _____ a confirmé sa position et rejeté l'opposition. Se référant au rapport d'IRM du 14 août 2009 et à l'avis du Dr R. _____, elle a relevé que les troubles au genou gauche qui avaient nécessité de nouvelles consultations dès le 14 août 2009 n'étaient pas, au degré de vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'événement du 17 avril 2009.

B. Par acte du 9 février 2011, R. _____ Caisse-maladie a recouru contre la décision sur opposition du 10 janvier 2011 et a conclu à la prise en charge par la Caisse M. _____ de la poursuite du traitement des troubles au genou gauche au-delà du 14 août 2009, et en particulier de l'intervention chirurgicale du 11 novembre 2009.

Sur la base de l'avis du Dr Z. _____, R. _____ Caisse-maladie soutient que l'état de santé de l'assurée résulte de la chute à ski du 17 avril 2009, la chondropathie n'ayant joué qu'un rôle secondaire par rapport à la déchirure du ménisque externe subie lors de cet événement. Elle en déduit que les lésions du genou gauche, qui ont nécessité la poursuite du traitement après le 14 août 2009 et une intervention chirurgicale le 11 novembre 2009, sont en lien de causalité avec l'événement du 17 avril 2009, que ce soit sous l'angle d'un accident ou sous l'angle d'une lésion assimilée à un accident.

R. _____ Caisse-maladie a déposé un rapport établi à sa demande le 4 février 2011 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine générale, qui a pris position comme suit au sujet du cas de l'assurée:

"Il ressort du dossier de Mme I. _____ qu'elle ne s'était pas plainte de douleurs de son genou avant son accident de ski. Elle n'aurait d'ailleurs pas pu chausser les skis pour faire des descentes dans cette neige lourde si son genou ne s'était pas trouvé dans un état parfait.

L'accident est bien survenu le 17.04.2009 et depuis cette blessure elle est restée en traitement auprès de son médecin traitant et ensuite du chirurgien orthopédiste.

Malheureusement l'IRM n'a été fait que 4 mois après l'accident. Si cet examen montre une lésion du cartilage il me paraît bien difficile de dire (comme le fait le Dr R. _____) que la lésion n'est pas due à l'accident survenu 4 mois auparavant. A mon avis cet accident aurait très bien pu déclencher une lésion cartilagineuse.

Le ménisque était-il déchiré? Encore une fois l'IRM parle d'une déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque. Comment pouvons-nous conclure sur la base de cet examen qu'une lésion méniscale n'est pas due à l'accident qui s'est fait 4 mois auparavant? Si le Dr R. _____ pense qu'il s'agit uniquement d'une contusion mineure il se réfère à des examens faits 4 mois plus tard.

Etant donné que Mme I. _____ n'avait pas mal avant l'accident il est difficile de prétendre que son état date d'avant l'accident alors qu'elle n'avait jamais eu mal auparavant.

Les traitements survenus après le 14.08.2010 sont certainement en relation avec l'accident puisqu'elle n'avait jamais de plainte de ce genou avant l'accident. Elle n'a d'ailleurs jamais arrêté d'avoir mal et le traitement s'est poursuivi sans discontinuité.

A mon avis l'arthroscopie n'aurait pas été nécessaire s'il n'y avait pas eu l'accident".

C. Dans sa réponse du 22 mars 2011, la Caisse M. _____ a conclu au rejet du recours. Elle relève que l'état du genou gauche de l'assurée, avant l'accident du 17 avril 2009, était déjà atteint et présentait une gonarthrose. Renvoyant aux arguments figurant dans la décision attaquée, elle se réfère à l'avis du Dr R. _____ et retient que les troubles au niveau du genou gauche sont préexistants à l'événement du 17 avril 2009, et n'ont pas été provoqués par ce dernier.

La Caisse M. _____ a produit un rapport du 16 mars 2011 du Dr R. _____, qui a confirmé les conclusions de son précédent rapport, et, se positionnant au sujet de l'avis du Dr L. _____, a relevé ce qui suit:

"Cette patiente présente une gonarthrose gauche, avec une atteinte cartilagineuse des trois compartiments du genou. Il s'agit d'une atteinte diffuse, typique d'un processus dégénératif global, de longue date.

Il ne s'agit en aucune manière d'une fracture cartilagineuse franche ou d'une délamination (décollement en bloc, en forme de clapet) du cartilage, lésions qui peuvent être classés de «traumatiques», généralement consécutives à une action vulnérante de haute, voire de très haute énergie, accompagnées d'une clinique initiale très bruyante (épanchement, impotence fonctionnelle conséquente), nécessitant la prise en charge médicale rapide.

Ce ne fut manifestement pas le cas de cette patiente.

En ce qui concerne la lésion méniscale, je rappelle s'il en faut que les images IRM restent une «aide au diagnostic», appelées à être validées par l'examen clinique, ou mieux, de visu, lors de l'arthroscopie. Dans le cas de Mme I. _____, le protocole opératoire parle d'une «lésion» méniscale, mais l'opérateur se garde bien de parler d'une «déchirure».

Par «déchirure», on parle d'une interruption de la continuité de la surface méniscale, suffisamment importante pour former par ex. un lambeau, ou encore une fente radiaire bien individualisable,

éventuellement une lésion transverse en forme de gueule de requin, ou encore une anse de seau, lésions qui conduisent à une «ménissectomie», c'est-à-dire à l'ablation du ou des fragments mobiles.

Il en va tout autrement des petites lésions du bord libre du ménisque, s'agissant plutôt d'un effilochage et non pas d'une véritable déchirure, générées par des frottements itératifs (la caricature étant encore une fois le bord d'un tapis qui s'use), et qui sont généralement traitées par un débridement avec «régularisation», dont le but est de laisser un bord méniscal «propre».

C'est ce qui fut entrepris chez Mme I._____.

Je maintiens donc que, l'arthroscopie du 11 novembre 2009 a uniquement mis en évidence des troubles dégénératifs, c'est-à-dire un effilement du bord libre du ménisque externe et une chondropathie diffuse. Ces lésions furent traitées lege artis, par simple débridement/régularisation, comme c'est systématiquement le cas lors de lésions d'ordre dégénératif.

Enfin, sur la base des éléments mis à disposition, aucune lésion de la liste 9.2 OLAA (au sens d'une fracture - c'est-à-dire l'interruption de la continuité de l'os, ou d'une déchirure méniscale - encore une fois une interruption de continuité franche, macroscopiquement objectivable, etc.) n'a été identifiée".

D. Dans ses déterminations du 2 mai 2011, R._____ Caisse-maladie a confirmé ses conclusions. Elle explique notamment que l'accident a causé une torsion du genou gauche et que le rapport d'IRM du 14 août 2009 a mis en évidence une déchirure du ménisque. S'écartant de l'avis du Dr R._____, elle expose qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident, dont les suites médicales doivent être assumées par la Caisse M._____ au-delà du 14 août 2009.

Le 26 mai 2011, la Caisse M._____ a confirmé sa position. Elle relève que le rapport opératoire du 11 novembre 2009 se réfère à des lésions méniscales et chondrales, et non à des déchirures, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une lésion assimilée à un accident. Les troubles au niveau du genou gauche sont préexistants à l'événement du 17 avril 2009 et n'ont donc pas été provoqués par ce dernier.

En tant que partie intéressée, l'assurée a été invitée, par courrier du 13 février 2012 du juge instructeur, à déposer des

observations sur les écritures de la recourante et de l'intimée. L'assurée n'y a pas donné suite.

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).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA) 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 recourante, en tant qu'assureur-maladie de l'assurée, dispose de la qualité pour recourir (art. 49 al. 4 et 59 LPGA).

c) 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 prise en charge par la Caisse M._____, en tant qu'assureur-accidents, de prestations résultant des conséquences médicales de l'événement du 17 avril 2009, à savoir la poursuite du traitement médical dès le 14 août 2009, comprenant des séances de physiothérapie et une intervention chirurgicale pratiquée le 11 novembre 2009.

3. a) 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 (art. 6 al. 1 LAA). 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).

b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine

dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

4. a) Dans le cas présent, l'IRM effectuée le 14 août 2009 par le Dr X._____ met en évidence, notamment, une déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque externe, et une petite déchirure radiaire de la corne antérieure du ménisque externe. Ce médecin conclut, en particulier, à la présence de lésions cartilagineuses à l'emporte-pièce en avant de la déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque externe sur le versant fémoral.

Dans son rapport d'opération du 11 novembre 2009, le Dr Z._____ pose les diagnostics de lésion de la corne postérieure et de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche. Or, si l'on se réfère au seul rapport d'IRM figurant au dossier, ce sont bien des déchirures que l'assurée présente à la corne antérieure comme à la corne postérieure du ménisque externe. Du reste, en répondant le 23 décembre 2009 aux renseignements demandés par la Caisse M._____, le Dr

Z._____ précise bien que l'assurée présente une déchirure au genou droit. Quant au Dr L._____, dans son rapport du 4 février 2011, se fondant sur ce rapport d'IRM, il se réfère précisément - et uniquement - à une déchirure radiaire de la corne postérieure du ménisque.

Pour sa part cependant, le Dr R._____ estime que les lésions constatées à l'IRM constituent plutôt un effilochage et non une véritable déchirure, laquelle supposerait selon lui une interruption suffisamment importante de la continuité de la surface méniscale. Or, la notion de déchirure du ménisque au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA ne concerne pas seulement les déchirures du ménisque en tant que tel, mais également les arrachements périphériques de parties du ménisque (Alfred Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, SZS/RSAS 1996, p. 102). Du reste, selon la jurisprudence, une déchirure de la corne postérieure du ménisque externe peut être assimilée à une déchirure méniscale (cf. TF U 378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.3), de même qu'une déchirure de la corne antérieure du ménisque externe (TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009).

Enfin, si le genou gauche de l'assurée n'a pas nécessité une méniscectomie - ainsi que le relève le Dr R._____ -, soit une ablation totale ou partielle d'un ménisque, on ne voit pas en quoi cela nécessiterait de retenir que l'atteinte de l'intéressée ne constitue pas une déchirure du ménisque au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

Au sujet de l'étiologie, le Dr R._____ indique que l'assurée présentait une gonarthrose gauche avec une atteinte cartilagineuse des trois compartiments du genou, ce qui constituait une atteinte diffuse, typique d'un processus dégénératif global; il ne s'agissait pas de lésions traumatiques. L'arthroscopie du 11 novembre 2009 avait, selon lui, uniquement mis en évidence des troubles dégénératifs. Pour sa part, le Dr L._____ conteste l'avis de son confrère chirurgien orthopédique, et soutient que l'accident aurait très bien pu déclencher une lésion cartilagineuse, ajoutant que l'assurée ne ressentait pas de douleurs au genou gauche avant son accident. Quant au Dr H._____, il nie que des circonstances sans rapport avec l'accident jouent un rôle dans l'évolution

du cas. Au vu de ces avis, divergents, il appert que les lésions de l'assurée à son genou gauche ne sont pas d'origine exclusivement dégénératives, mais résultent, au moins en partie, de l'accident du 17 avril 2009. Les lésions au genou gauche sont en outre apparues suite à une chute à ski, de sorte qu'il existe une cause extérieure.

b) Il s'ensuit que l'assurée présente une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA, soit une déchirure du ménisque, dont il appartient à la Caisse M._____ de prendre en charge les suites médicales . Il n'y a donc pas lieu d'examiner si les lésions présentées par l'assurée sont en relation de causalité avec l'accident du 17 avril 2009.

Partant, le recours est admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit continuer à prendre en charge le traitement médical de l'assurée dès le 14 août 2009.

5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, 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 admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 janvier 2011 par la Caisse M._____ est réformée en ce sens que cet assureur doit continuer d'allouer ses prestations dès le 14 août 2009 pour les suites de l'événement du 17 avril 2009.
- III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- R. _____ Caisse-maladie
- Caisse M. _____
- I. _____
- 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 :