

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2016

Composition : M. DÉPRAZ, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z. _____, à **K.** _____, recourante, représentée par Loyco SA, à Carouge (GE),

et

HELSANA ACCIDENTS SA, à Lausanne, intimée.

Art. 43 al. 1 LPGA et 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, exerce depuis le 1^{er} avril 2001 la profession d'orthoptiste auprès de la Fondation M. _____ au taux de 80%. A ce titre, elle est obligatoirement assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Helsana Accidents SA (ci-après : Helsana ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 12 février 2015, l'employeur de l'assurée a annoncé à Helsana que, en date du 28 janvier 2015, l'intéressée s'était blessée au genou droit à la suite d'une mauvaise réception lors d'un saut alors qu'elle pratiquait le volley-ball.

Le 22 avril 2015, l'assurée a complété le questionnaire relatif au déroulement de l'événement que lui a fait parvenir Helsana. En réponse à la question : « [q]uand avez-vous ressenti des symptômes pour la première fois et quels étaient ces symptômes (date / heure / genre de symptômes, parties du corps touchées) ? », elle a répondu ce qui suit : « 28 janvier 2015 - 21 h 30 - genou droit - douleur aiguë dans le genou, exacerbée par le mouvement (marche, montée + descentes des escaliers) ». Elle a par ailleurs confirmé avoir déjà souffert de symptômes similaires antérieurement sous la forme d'une tendinopathie rotulienne au genou gauche consécutive à un accident comparable survenu en date du 27 mai 2009. Elle n'a pas fait état d'une incapacité de travail immédiatement après l'accident.

b) En date du 19 février 2015, le Prof. G. _____, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital J. _____, a posé le diagnostic de « suspicion lésion ménisque genou droit syndrome fémoropatellaire droit ». Il a prescrit neuf séances de physiothérapie à l'assurée à but antalgique et anti-inflammatoire. Il s'agissait aussi d'améliorer la fonction articulaire et musculaire ainsi que la proprioception et la coordination.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a été réalisée le 10 mars 2015 à l'Institut d'Imagerie médicale A. _____ SA. Dans un compte-rendu daté du même jour, le Dr L. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de déchirure méniscale, notamment interne. L'analyse de l'IRM a en revanche mis en évidence une bursite kystique du semi-membraneux et un léger syndrome de friction du tractus ilio-tibial.

Le 17 mars 2015, le Prof. G. _____ a renouvelé sa prescription de physiothérapie pour neuf séances.

Selon les indications figurant au dossier, l'assurée a été en incapacité de travail à 100% du 17 mars 2015 au 12 avril 2015 et à 60% du 13 avril 2015 au 15 mai 2015. Elle avait en effet repris l'exercice de son activité au taux de 40% (soit à 50% de son taux habituel de 80%) à compter du 13 avril 2015.

Dans un rapport médical initial du 6 mai 2015 à l'intention d'Helsana, les Drs S. _____, chef de clinique adjoint, et C. _____, médecin assistante, au Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital J. _____, ont posé le diagnostic final de « décompensation d'un syndrome fémoro-patellaire sur le traumatisme de chute ». Ce faisant, ils ont déclaré réfuter le diagnostic précédemment posé de « suspicion de lésion méniscale postérieure du genou droit ».

Helsana a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en l'invitant à répondre à diverses questions. Le 22 mai 2015, il a indiqué que le statu quo ante vel sine avait été atteint « à l'IRM au plus tard qui ne montre que des signes de surcharge sans lésion traumatique ». Il a également relevé la présence de facteurs externes tels que des tendinites du semi-membraneux et du tenseur fascia lata.

c) Par décision du 27 mai 2015, Helsana a mis fin à ses prestations avec effet au 10 mars 2015. S'appuyant sur les conclusions de son médecin-conseil, elle a en bref considéré que l'état de santé tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, avait été atteint au plus tard le 10 mars 2015. En effet, l'IRM effectuée à cette date ne montrait pas de lésion traumatique mais des signes de surcharge ainsi qu'une bursite kystique du semi-membraneux. Partant, l'assurée était invitée à s'adresser à son assureur-maladie pour la prise en charge d'éventuels traitements à compter du 11 mars 2015.

Agissant par l'intermédiaire de Loyco SA, l'assurée s'est opposée à cette décision en date du 17 juin 2015. Elle a fait valoir que la preuve de l'atteinte d'un statu quo ante vel sine n'était pas rapportée. Par ailleurs, le rapport du médecin-conseil ne revêtait pas une valeur probante suffisante pour mettre un terme au service des prestations allouées.

Le 31 juillet 2015, l'assurée a produit deux rapports médicaux qu'elle a demandé à Helsana de soumettre à son médecin-conseil.

Le premier, daté du 21 juillet 2015, émanait des Drs R._____, chef de clinique, et W._____, médecin assistante, au Service d'orthopédie et de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital J._____. Ils y posaient le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire débutant du genou droit. Ils retenaient que la situation avait évolué favorablement et que l'assurée n'était plus entravée dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle, laquelle était dès lors selon les médecins prénommés normalement exigible.

Quant au second rapport, il datait du 24 juillet 2015 et était signé par le Dr T._____, chef de clinique auprès de la division Médecine du sport du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital J._____. Ce praticien y répondait aux questions posées par le collaborateur en charge du dossier de l'assurée auprès de Loyco SA. Il a indiqué avoir vu l'assurée à sa consultation du 15 avril 2015, puis du 8 juin suivant. Il a

précisé que le diagnostic final de décompensation d'un syndrome fémoro-patellaire sur le traumatisme de chute était d'actualité lors de ses deux consultations. En ce qui concerne la question de savoir si les suites de l'accident étaient guéries (sic) à la date de l'IRM, le 10 mars 2015, et s'il ne persistait que des affections (sic) dégénératives, le Dr T._____ a fait savoir qu'il lui était difficile de se prononcer. Il a relevé que, lors de sa consultation du 15 avril 2015, la patiente s'était plainte de douleurs diffuses. Il pensait qu'il s'agissait de la suite de la décompensation du syndrome fémoro-patellaire apparu lors de l'accident du 28 janvier 2015, car il n'y avait pas eu d'interruption de la symptomatologie. Il notait en outre que, selon son expérience, on ne voyait que rarement des signes radiologiques à l'IRM d'un syndrome fémoro-patellaire, qu'il ait été déclenché par un traumatisme ou non.

L'assurée a encore expliqué que ces deux rapports médicaux renforçaient sa conviction que la preuve de l'atteinte d'un statu quo ante vel sine n'avait pas été rapportée. Elle sollicitait dès lors la mise en œuvre d'une expertise médicale externe aux fins de trancher cette question.

Par courrier du 25 août 2015, Helsana a indiqué qu'elle avait soumis les deux rapports médicaux produits dans le cadre de l'opposition à son médecin-conseil, le Dr H._____. Selon l'appréciation de ce dernier du 24 août 2015, il n'y avait pas de lésion traumatique ligamentaire ou méniscale. La seule pathologie retenue était un syndrome de surcharge fémoro-patellaire ayant débuté le 21 juillet 2015, ce qui démontrerait l'absence de lien de causalité avec l'accident.

Le 12 octobre 2015, l'assurée a transmis à Helsana un courrier du Dr T._____ du 24 septembre précédent adressé à sa représentante Loyco SA, dans lequel ce médecin indiquait qu'à son avis « le syndrome fémoro-patellaire, dont souffre la patiente susmentionnée, a débuté avec l'accident du 28 janvier 2015 et ses douleurs présentes lors de la consultation du 15 avril 2015 sont la suite de la décompensation de ce syndrome fémoro-patellaire ».

Par courrier de sa représentante Loyco SA du 16 octobre 2015, l'assurée a maintenu son opposition, considérant que, faute de preuve, Helsana ne pouvait prétendre que le statu quo ante vel sine avait été atteint le 10 mars 2015. Elle a exposé que l'avis du Dr H. _____ du 22 mai 2015 se basait sur un dossier relativement pauvre en rapports médicaux et lacunaire. L'anamnèse était erronée, notamment parce que l'incapacité de travail ne débutait pas le 31 mars 2015 mais le 18 mars 2015. En outre, le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire du genou droit était ignoré, lors même qu'il ressortait des rapports médicaux des 17 mars et 6 mai 2015. Par ailleurs, l'assurée soutenait n'avoir jamais pu exprimer ses plaintes. De plus, les conclusions du médecin-conseil lui paraissaient très insuffisamment motivées. A cela s'ajoutait que le rapport complémentaire du 24 août 2015 du Dr H. _____ ne faisait, selon elle, que renforcer la confusion, puisqu'il y confirmait avoir pris en compte que le syndrome fémoro-patellaire n'était apparu que le 21 juillet 2015. Partant, des doutes subsistaient quant à la fiabilité et à la pertinence des déductions médicales opérées par Helsana. L'assurée a en conséquence sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale externe en vue d'examiner la question de la causalité.

Se déterminant sur le rapport médical du 24 septembre 2015, le Dr H. _____ a indiqué dans une note manuscrite du 26 octobre 2015 que l'avis du Dr T. _____ n'était pas pertinent car son seul argument était la survenance d'une douleur (syndrome fémoro-patellaire) depuis l'accident, sans qu'il existe une lésion objective.

Par décision sur opposition du 10 novembre 2015, Helsana a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle a déclaré que, contrairement à ce que soutenait l'assurée, les appréciations médicales du Dr H. _____ ne prêtaient pas le flanc à la critique, dans la mesure où il évaluait correctement la situation, analysait la causalité naturelle et motivait valablement ses conclusions. Elle expliquait en outre que le dossier ne saurait être considéré comme lacunaire, dès lors que le médecin-conseil avait pu se prononcer sur la base du dossier tel que constitué, sans requérir un complément d'instruction. Si les conclusions du médecin-

conseil pouvaient certes être qualifiées de succinctes, elles avaient toutefois été complétées et étayées à l'occasion des rapports rédigés le 24 août 2015, puis le 26 octobre suivant. Par ailleurs, le fait que l'assurée n'ait jamais pu exprimer ses plaintes de vive voix n'était pas déterminant, dès lors que le dossier comportait suffisamment d'éléments permettant au médecin-conseil de se dispenser de convoquer l'assurée, si bien que le droit d'être entendue de l'intéressée n'avait pas été violé. En ce qui concerne le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire du genou droit, celui-ci ressortait tant de l'IRM du 10 mars 2015 que du rapport du 6 mai 2015 et des prescriptions de physiothérapie. Il n'a dès lors pas été ignoré. De plus, les rapports médicaux du Dr T. _____ des 24 juillet 2015 et 24 septembre suivant n'étaient pas susceptibles, selon Helsana, de mettre valablement en doute les conclusions du Dr H. _____. En effet, dans le premier d'entre eux, le Dr T. _____ concédait ne pas être en mesure de se prononcer sur la fixation du statu quo sine, cette question ayant été qualifiée de « difficile ». De surcroît, il se serait livré à un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ». Helsana rappelait encore qu'il appartenait à l'assurée d'apporter la preuve du caractère au moins probable de la relation de causalité entre le dommage subi et l'événement assuré. A défaut de preuve suffisante, elle devait supporter l'échec de la preuve dans la mesure où le fait invoqué ne pouvait être retenu comme déterminant pour la procédure. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifiait pas, si bien qu'Helsana a confirmé sa décision du 27 mai 2015 mettant un terme aux prestations servies avec effet au 10 mars 2015.

B. Par acte du 11 décembre 2015, Z. _____, toujours représentée par Loyco SA, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision. Elle conclut avec suite de frais et dépens principalement à ce qu'Helsana soit tenue de verser les prestations LAA pour les suites de l'accident du 28 janvier 2015 au-delà du 10 mars 2015 et subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à Helsana pour instruction complémentaire sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise médicale externe. Joignant un bordereau de pièces figurant pour l'essentiel déjà au dossier administratif, elle reprend pratiquement mot

pour mot l'argumentation développée dans son courrier d'opposition du 16 octobre 2015.

Dans sa réponse du 12 janvier 2016, Helsana conclut au rejet du recours. Constatant que les griefs formulés par l'assurée dans son mémoire de recours du 11 décembre 2015 se recoupent dans une large mesure avec ceux avancés dans le cadre de la procédure administrative, l'intimée reprend également l'argumentation développée dans la décision sur opposition du 10 novembre 2015. S'agissant de la valeur probante de l'appréciation médicale du Dr H. _____ du 22 mai 2015, elle relève que le médecin-conseil n'a à aucun moment requis un complément d'instruction. Le dossier ne saurait dès lors être considéré comme étant lacunaire. De plus, le Dr H. _____ a, postérieurement au 22 mai 2015, réexaminé le dossier à deux reprises, en août et en octobre, et n'a pas pour autant modifié son point de vue malgré les rapports médicaux supplémentaires. Une coquille affectant la date du début de l'incapacité de travail ne permet pas davantage de remettre en question les conclusions du Dr H. _____ ni d'en déduire, ainsi que le voudrait la recourante, que l'anamnèse serait erronée. Le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire n'a pas été ignoré dans la mesure où il a été pris en considération dans l'analyse du dossier. Quant à l'argument selon lequel la recourante n'aurait pas été à même de faire valoir ses plaintes, il ne saurait être déterminant dès lors que chaque assuré a toute latitude d'exprimer ses plaintes à tout moment, que cela soit verbalement ou par écrit. La valeur probante de l'appréciation médicale du Dr H. _____ ne saurait ainsi être remise en cause. En ce qui concerne la date du 21 juillet 2015 - qui correspond à celle du rapport médical ayant fait état d'un diagnostic de « syndrome fémoro-patellaire débutant du genou droit » -, l'intimée explique avoir communiqué cette information lors d'un entretien téléphonique avec la recourante. Pour le surplus, elle répète qu'en écartant toute lésion objective en relation avec l'accident, le Dr H. _____ a bel et bien contesté l'avis du médecin traitant, auquel il ne saurait d'ailleurs être accordé de valeur probante. En effet, la causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte ne doit pas seulement être possible mais surtout probable. Or, en écrivant dans son rapport du 24 septembre 2015

qu'il « pense que le syndrome fémoro-patellaire (...) a débuté avec l'accident du 28 janvier 2015 », le Dr T. _____ ne fait que formuler une supposition, laquelle n'est dès lors pas de nature à jeter un doute suffisant susceptible d'être levé par une expertise. D'autre part, Helsana rappelle que, dans le cadre de son obligation d'instruire le dossier, elle peut confier l'examen du cas à des médecins rattachés à l'administration, l'assuré ne pouvant exiger par principe le recours à un praticien externe. Dans ces conditions, l'intimée maintient qu'il n'est ni utile ni nécessaire de diligenter une expertise.

En réplique du 3 février 2016, la recourante relève pour l'essentiel que la consultation du 17 mars 2015 a mis en évidence une situation péjorée par rapport à celle du mois de février précédent, d'où une limitation dans le port de charge lui ayant permis de reprendre le travail à plein temps dès le 16 mai 2015. Elle indique en outre que le manque de tonus musculaire constitue une cause parmi d'autres du syndrome douloureux fémoro-patellaire et rappelle que, pratiquant régulièrement des activités sportives, elle ne souffrait pas d'un manque de tonus musculaire avant l'accident du 28 janvier 2015. Au demeurant, elle ne souffrait pas de la même pathologie en 2009. Cela étant, elle s'étonne que, dans son appréciation médicale du 22 mai 2015, le médecin-conseil n'ait pas évoqué ce syndrome. Elle considère par ailleurs que l'interprétation de l'avis émis le 24 septembre 2015 par le Dr T. _____ auquel se livre la caisse relève de la spéculation et que celle-ci ne saurait en déduire l'absence d'un lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2015 et l'affection présentée. En effet, en écrivant « je pense », il exprime une simple opinion et non pas une hypothèse (« il est possible »). Elle souligne enfin que les avis du médecin traitant sont aussi bien motivés que ceux du médecin-conseil et que les différences d'appréciation auraient pu être levées, sinon par la mise en œuvre d'une expertise externe, du moins par un contact direct entre les deux praticiens qui aurait permis de clarifier, voire éventuellement rapprocher, leur position respective. Dans ces conditions, la recourante ne peut que maintenir l'intégralité de ses conclusions. Elle a encore déposé une pièce complémentaire. Il s'agissait d'une demande de physiothérapie datée du

23 juillet 2009 et émanant du Dr P._____, alors médecin à l'Hôpital J._____, lequel avait posé le diagnostic de tendinopathie rotulienne gauche.

Dupliquant en date du 23 février 2016, l'intimée constate que la réplique n'apporte aucune argumentation nouvelle et pertinente. Il ne lui paraît pas opportun de se prononcer sur la qualification médicale de la blessure provoquée à la suite de l'accident du 28 janvier 2015, dès lors qu'aucune lésion traumatique n'a pu être diagnostiquée et que seule une contusion a été retenue. Le fait qu'il ait éventuellement pu s'agir d'une distorsion ne changerait de toute façon rien à la situation. Elle relève ensuite que les remarques de la recourante quant à la valeur probante des appréciations médicales du Dr H._____ s'avèrent dénuées de pertinence et se réfère aux explications fournies à ce propos dans son mémoire de réponse. Enfin, l'intimée estime que le dossier a été suffisamment instruit et qu'il ne se justifie pas, à ce stade comme lors de la procédure administrative, d'engager des frais supplémentaires pour mettre en œuvre une expertise. Renvoyant pour le surplus à l'argumentation développée dans sa réponse, elle conclut derechef au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 25 février 2016, une copie de cette écriture a été communiquée pour information à la partie recourante, qui n'a pas procédé plus avant.

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, sous réserve de dérogations expresses (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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

Compte tenu du fait qu'il ressort du dossier que le traitement médical de la recourante est terminé au jour de la décision attaquée, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. si bien que la présente cause relève de la compétence d'un membre du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). Le fait que l'intéressée ait consulté le Dr T. _____ en date des 15 avril et 8 juin 2015 et qu'il lui ait prescrit neuf séances de physiothérapie lors de sa consultation du mois d'avril n'y change rien.

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents dès le 11 mars 2015, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant à compter de cette date et l'événement du 28 janvier 2015.

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

Est réputée 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 LPGGA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). 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_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

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 (non-application du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer leur propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du

lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 in fine ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre

l'événement 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

d) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), 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 (al. 1).

4. Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire

sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Même en tenant compte de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la

cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

5. En l'espèce, il ressort des pièces médicales au dossier que la recourante souffre d'un syndrome fémoro-patellaire du genou droit qui a été constaté après l'événement traumatique du 28 janvier 2015. Selon la jurisprudence précitée (cf. considérant 3b supra), ce n'est certes pas suffisant pour établir un rapport de causalité naturelle mais peut néanmoins constituer un indice en ce sens. Il convient dans un tel cas de figure de rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

Il ressort des articles scientifiques cités par les parties que l'étiologie du syndrome fémoro-patellaire est souvent peu claire. Un événement traumatique tel que celui subi par la recourante, soit une chute avec un impact sur la rotule, est par ailleurs mentionné par certains auteurs parmi les facteurs de risque pouvant influencer la survenance d'un tel syndrome (cf. Saubade/Martin/Becker/Gremion, Mieux comprendre le syndrome douloureux fémoro-patellaire pour mieux le traiter, Revue médicale suisse 2014, p. 1451 ss, spécialement p. 1452).

Les médecins qui se sont prononcés sur le dossier émettent à cet égard des avis qui paraissent contradictoires. Ainsi, le Dr H._____, médecin-conseil de l'intimée, exclut qu'un syndrome fémoro-patellaire puisse être causé par l'accident du 28 janvier 2015 puisqu'il estime que l'absence de diagnostic différentiel – comme une lésion ligamentaire ou méniscale – constitue une preuve d'absence de lien de causalité avec

l'accident. Or, cette explication ne paraît pas suffisante puisqu'un tel syndrome peut aussi survenir après un traumatisme du genou.

Dans son rapport du 24 septembre 2015, le Dr T. _____ affirme que le syndrome fémoro-patellaire a « débuté » avec l'accident du 28 janvier 2015, ce qui est insuffisant pour prouver le lien de causalité. Cela étant, dans son rapport du 24 juillet 2015, ce médecin avait déjà indiqué qu'à son avis le syndrome fémoro-patellaire avait été « initié lors de l'accident du 28 janvier 2015 » et s'était référé au fait que le syndrome fémoro-patellaire pouvait être initié à l'occasion d'un traumatisme même sans visibilité lors d'une IRM. Il paraît donc plutôt considérer qu'il existe un lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2015 et le syndrome fémoro-patellaire.

Quant aux Drs S. _____ et C. _____, ils ont posé le diagnostic de « décompensation d'un syndrome fémoro-patellaire sur traumatisme de chute », ce qui suppose que le syndrome était préexistant sans établir pour le surplus si la chute du 28 janvier 2015 était la condition sine qua non de la décompensation.

Autrement dit, au stade de la vraisemblance prépondérante, l'absence de diagnostic différentiel mis en évidence par l'IRM - en particulier d'une lésion ligamentaire ou méniscale - ne saurait exclure tout lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2015 et les traitements médicaux nécessités par l'accident. On ne saurait donc tenir comme suffisante l'appréciation du Dr H. _____, en particulier celle figurant dans son rapport manuscrit du 24 août 2015 selon laquelle le fait que le syndrome ait débuté le 21 juillet 2015 prouverait qu'il s'agit d'une pathologie concomitante et non accidentelle. La recourante a en effet allégué sans être démentie avoir ressenti des douleurs au genou droit de manière continue depuis l'accident du 28 janvier 2015, ces symptômes s'étant aggravés en mars 2015, ce qui a contraint la recourante à interrompre son activité professionnelle puis à la reprendre partiellement seulement ainsi qu'à demander un second avis médical auprès du Dr T. _____.

Pour le surplus, les différentes appréciations du Dr H. _____, insuffisamment motivées et formulées sans examen de la recourante, ne peuvent se voir reconnaître pleine force probante au regard des critères de la jurisprudence tels que résumés ci-avant (cf. considérant 4 supra).

Il subsiste donc des incertitudes sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2015 et l'affection dont souffre la recourante. Il résulte de ce qui précède que la Cour de céans ne dispose pas d'élément probant lui permettant de trancher la question litigieuse.

6. a) Comme exposé (cf. considérant 3b supra), dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd., n. 18-19 et 27 ad art. 43 LPGA).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément

d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 138 V 318).

b) En l'espèce, au vu des carences dont souffre encore le dossier de la présente cause, la Cour de céans considère justifié, conformément à la jurisprudence fédérale citée plus haut, de renvoyer la cause à Helsana pour en compléter l'instruction. En premier lieu, il lui appartiendra de solliciter des rapports médicaux circonstanciés, en particulier auprès des Drs T._____ et H._____. Puis, cela fait, en fonction de la teneur des avis de ces spécialistes et dans l'hypothèse où leur position respective demeurerait totalement inconciliable, il incombera à l'intimée d'envisager la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin spécialiste indépendant en vertu de l'art. 44 LPGa. Une telle expertise devrait se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante sur la question du lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2015 et les troubles présentés par l'assurée, après avoir fixé précisément les diagnostics à l'origine des symptômes constatés.

A l'issue des compléments diligentés par l'intimée, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prendre en charge le cas au-delà du 10 mars 2015.

7. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

8. a) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

b) En revanche, obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué ; ils sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

In casu, sur la base de la disposition précitée, l'allocation d'une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, à la charge de l'intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD), se justifie.

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 10 novembre 2015 par Helsana Accidents SA est annulée, la cause lui étant renvoyée

pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Helsana Accidents SA versera à Z._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Loyco SA (pour Z._____),
- Helsana Accidents 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).

Le greffier :