

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

MM. Bonard et Berthoud, assesseurs

Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

A.D. _____, à [...], recourante,

et

H. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 LAA ; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. A.D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité de responsable administrative auprès du cabinet de cardiologie des Drs V. _____ et B.D. _____, à [...], depuis le 1^{er} avril 2011. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de H. _____ SA (ci-après : H. _____ ou l'intimée), à [...].

B. Le 26 février 2015, l'assurée a fait une chute à ski, qui a porté atteinte à son genou gauche.

Le 2 mars 2015, l'assurée a consulté le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef au Service de chirurgie orthopédique, de traumatologie de l'appareil locomoteur et de chirurgie de la main des Établissements hospitaliers [...] (ci-après : Etablissements hospitaliers I. _____). Dans un rapport médical daté du 27 mai 2015 relatif à cette consultation, le spécialiste a relevé une fracture du massif des épines du genou gauche. Il a également retenu une incapacité de travail à 100 % dès le 26 février 2015, avec une reprise à 100 % le 23 mars 2015.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 3 mars 2015, le Dr T. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à une fracture/impression du coin postérolatéral du plateau tibial, à une fracture avec un fragment plus volumineux au niveau de la partie antérieure du massif des épines, entourée de peu d'œdème, avec un ligament croisé antérieur non déchiré qui s'attache sur ce fragment, la corne antérieure du ménisque externe s'attachant également sur ce même fragment osseux, à des ligaments croisés et ménisques intacts, à une déchirure totale de l'insertion du chef latéral du muscle gastrocnémien ainsi que du muscle plantaire sur le fémur et à un volumineux lip-hémarthros.

Le 5 mars 2015, l'assurée a été opérée. Elle a subi une ostéo-suture d'une fracture-avulsion du pied du ligament croisé antérieur du genou gauche par arthroscopie. Dans le protocole opératoire du même jour, le Dr F._____, qui officiait en tant que chirurgien, a notamment relevé que deux tunnels de 2,5 mm arrivant dans l'articulation au bord interne et externe du fragment avulsé avaient été forés « *par un abord juste en dessus de la patte d'oie* » et qu'une vis 3.5 avait été mise en place « *au ras de la patte d'oie* ».

Par courrier du 31 mars 2015, H._____ a confirmé la prise en charge des frais de traitement de l'assurée et le versement d'indemnités journalières dès le troisième jour après celui de l'accident, à savoir 113 fr. 53 pour chaque jour du calendrier, du 1^{er} au 20 mars 2015.

Le 16 octobre 2015, le Dr F._____ a procédé à l'ablation d'une vis d'ancrage d'une ostéo-suture d'une fracture de l'épine tibiale antérieure du genou gauche.

Selon un fichet téléphonique du 15 juin 2016, l'assurée a annoncé à H._____ qu'elle avait à nouveau consulté son médecin généraliste, la Dresse J._____, spécialiste en médecine interne générale, car son genou la faisait toujours souffrir. Elle a allégué que pendant environ deux semaines en février 2016, son genou allait un peu mieux mais que les douleurs (tiraillements, douleurs tendineuses) devenaient insupportables. Elle devait prendre rendez-vous pour effectuer une IRM et consulter le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef au Service de chirurgie orthopédique, de traumatologie de l'appareil locomoteur et de chirurgie de la main des Etablissements hospitaliers I._____ le 19 juillet 2016. H._____ a alors informé l'intéressée qu'elle allait investiguer « *pour établir la relation de causalité entre ses troubles actuels et les soins prodigués en 2016 [sic]* ».

Dans un rapport médical du 23 juin 2016 relatif à l'IRM du genou gauche de l'intéressée effectuée le même jour, la Dresse

L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et radiologie, a conclu à des signes d'une légère enthésopathie de la patte d'oie/rétinaculum rotulien interne sur la surface interne du tibia proximal lieu des douleurs de la patiente, à un petit épanchement intra-articulaire, à une bonne consolidation de la fracture/arrachement du plateau tibial antérieur et à l'absence de lésion méniscale ou cartilagineuse.

Dans un rapport médical du 19 juillet 2016 à la Dresse J._____, le Dr P._____ a observé que la patiente restait gênée par des douleurs au niveau du compartiment interne. La démarche était effectuée sans boiterie et le genou présentait un léger varus négatif et était sec et stable dans les deux plans. Les tests méniscaux étaient négatifs. Le chirurgien orthopédique a également relevé que l'assurée présentait une douleur au niveau des tendons de la patte d'oie et que l'appareil extenseur était sans particularité avec un test de Wiberg négatif. Par ailleurs, le bilan IRM réalisé en juin 2016 confirmait l'aspect intact intra-articulaire du genou, étant précisé qu'il y avait quelques signes d'inflammation au niveau de l'insertion de la patte d'oie. Le Dr P._____ a ajouté avoir dit à l'intéressée qu'elle restait dans une attitude médicale et lui avoir proposé quelques séances de physiothérapie à but antalgique (ultrason au niveau de sa patte d'oie). Il l'encourageait également à continuer ses exercices de renforcement musculaire en travaillant des activités d'axe et lui déconseillait la reprise de la course à pied.

Dans un rapport médical du 10 août 2016 adressé à H._____, le Dr P._____ a répété les observations faites dans son rapport médical du 19 juillet 2016. Il a estimé qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas.

Par décision du 5 septembre 2016, H._____ a refusé de prendre en charge les troubles traités dès le mois de juin 2016. En substance, elle a retenu que son médecin-conseil, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considérait qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces troubles aient été en relation de causalité naturelle avec l'accident du 26 février 2015. La responsabilité de l'assurance-accidents obligatoire n'était dès lors pas engagée pour lesdits troubles. Une copie de cette décision a notamment été adressée à la caisse-maladie de l'intéressée, O._____ SA (ci-après : O._____), à [...], avec le dossier médical.

Le 20 septembre 2016, O._____ a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a en particulier fait savoir que, selon son propre médecin-conseil, les troubles présentés par l'assurée étaient toujours en lien de causalité naturelle avec l'événement, les douleurs étant localisées au niveau de la patte d'oie, soit au niveau des forages effectués lors de l'intervention du 5 mars 2015. Il constatait également que l'IRM du 23 juin 2016 faisait état d'une enthésopathie de la patte d'oie/rétinaculum rotulien, qui confirmait qu'une inflammation persistait toujours à ce niveau.

Le 27 septembre 2016, l'assurée a également formé opposition à l'encontre de la décision de H._____. En résumé, elle a allégué qu'avant l'accident de ski, son genou gauche n'avait jamais présenté de problème, alors même qu'elle pratiquait du sport (fitness, course à pied) de manière très régulière. Elle a également soutenu avoir demandé au Dr P._____, en juillet 2016, si sa pathologie était une suite de l'accident, question à laquelle il avait répondu : « *Vous n'aviez pas mal avant, alors oui, c'est évident* ». Finalement, elle a prié H._____ de prendre contact avec ce dernier afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste l'ayant examinée.

Dans un rapport du 30 décembre 2016, le Dr G._____ a notamment relevé ce qui suit :

"[...] **L'IRM du 23 juin 2016** a été visualisée par le soussigné. Je note que les trous de forage ont été faits sur le versant antérieur du tibia, en position haute (images 20/35-22/35), juste sous l'insertion du tendon rotulien et donc à distance de la Patte d'oie (qui s'insère plus bas). Le cheminement des tendons y relatifs peut être suivi facilement sur cet examen. On confirme par ailleurs la consolidation de l'épine tibiale interne et l'intégrité du ligament croisé antérieur. On ne distingue pas de séquelle significative en lien avec les lésions musculaires postéro-latérales (gastrocnémien et plantaire grêle).

APPRECIATION DU CAS

Compte tenu de ces éléments, on arrive à la conclusion que l'événement du 26 février 2015, sur un plan purement objectif (radiologique), a cessé de déployer ses effets puisque la fracture est consolidée, sans répercussion sur la structure du LCA. Les autres lésions traumatiques (lésions musculaires postéro-latérales), objectivées sur l'IRM de 2015, semblent guéries.

Actuellement, la patiente présente une surcharge de la Patte d'Oie. Il s'agit d'une pathologie fréquente, usuellement due à une surcharge (pour l'essentiel sportive). Elle ne peut être imputée à l'événement qui nous concerne, alors que le traitement y relatif a pris fin plusieurs mois auparavant et que le geste chirurgical avait épargné cette structure tendineuse (la Patte d'Oie).

C'est donc à juste titre que H. _____ SA a nié sa participation dans la prise en charge des frais 2016 de ce cas."

Par décision sur opposition du 16 janvier 2017 communiquée à O. _____ et à l'assurée, H. _____ a rejeté l'opposition du 20 septembre 2016 formée par O. _____ et confirmé la décision du 5 septembre 2016. Pour l'essentiel, elle a retenu qu'au vu des huit mois écoulés entre la fin du traitement de l'accident le 16 octobre 2015 (ablation d'une vis d'ancrage) et la consultation chez la Dresse J. _____ en juin 2016, l'assurance-accidents n'aurait été compétente pour les troubles pour lesquels l'assurée avait consulté en juin 2016, que si une relation de causalité avait été établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, vu le rapport d'IRM du 23 juin 2016, qui indiquait une bonne consolidation de la fracture arrachement du plateau tibial antérieur et l'absence de lésion méniscale et cartilagineuse, il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles pour lesquels l'intéressée avait consulté en juin 2016 étaient en relation de causalité avec l'événement survenu le 26 février 2015. Par ailleurs, pour le cas où il fallait considérer que les troubles de l'assurée avaient persisté entre mi-octobre 2015 et mi-juin 2016, H. _____ a relevé que, selon la littérature médicale, la tendinite de la patte d'oie était une tendinite relativement rare qui survenait chez le sportif ou la femme de cinquante ans en surpoids, associée à une arthrose du genou. L'assureur-accidents a également cité le passage du rapport du 30 décembre 2016 du Dr G. _____ rapporté ci-dessus, avant de conclure que les troubles du genou pour lesquels l'assurée avait consulté en juin 2016 n'étaient manifestement pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 26 février 2015, ce qui justifiait la décision attaquée.

C. Par acte du 8 février 2017, A.D. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, elle a contesté l'avis du Dr G. _____,

précisant qu'il n'avait jamais pris contact avec le Dr F._____ afin de discuter de son cas. Elle a également fait valoir qu'entre la fin du traitement le 16 octobre 2015 et la nouvelle consultation auprès de la Dresse J._____ le 14 juin 2016, ses douleurs avaient été permanentes et qu'elle aurait dû prendre contact plus rapidement avec cette dernière. Elle avait pensé qu'il s'agissait de douleurs normales et qu'elles allaient s'estomper avec le temps.

Par réponse du 14 mars 2017, H._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. En résumé, après avoir signalé qu'O._____ n'avait pas déposé de recours à l'encontre de la décision sur opposition, elle a relevé que l'évaluation du Dr G._____, qui avait eu accès à un dossier complet, avait pleine valeur probante. Il fallait en outre relativiser les conclusions du Dr F._____, médecin traitant de l'intéressée. L'assureur-accidents a également ajouté que la relation de causalité naturelle entre les troubles traités dès le mois de juin 2016 et l'accident n'était manifestement pas établie à satisfaction de droit.

Par réplique du 31 mars 2017, la recourante a fait valoir que le Dr F._____ n'était pas son médecin traitant mais son chirurgien orthopédique, de sorte qu'il ne pouvait être soupçonné de se « déterminer en sa faveur » pour de mauvaises raisons. Elle a ajouté qu'inversement, il était connu que les médecins-conseil avaient tendance à statuer en faveur de l'assureur. Il n'y avait dès lors aucun argument pour remettre en cause la valeur probante de l'avis du Dr F._____ ou estimer la probité du Dr G._____ plus grande que celle du Dr F._____. L'intéressée a encore répété qu'elle n'avait jamais eu de douleurs au genou gauche avant l'accident de février 2015 et que ces douleurs avaient été continues depuis ce moment-là. Elle a considéré qu'une expertise indépendante aurait été indiquée, vu les divergences d'opinion entre le médecin-conseil de H._____ et les médecins qui la suivaient habituellement. La recourante a joint à sa réplique un certificat médical du 28 mars 2017 de la Dresse J._____, duquel il ressortait ce qui suit :

"Je suis la patiente susnommée depuis 09/2014 en tant que médecin traitant.

Elle ne s'est jamais plainte de gonalgies, jusqu'à la date de son accident de ski en 02/2015. Elle a alors bénéficié d'une arthroscopie avec ostéo-suture d'une fracture avulsion au niveau du LCA du genou G le 5/03/2015.

Depuis lors, elle a signalé des douleurs au niveau tibial antérieur G, persistantes après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en 10/2015.

En 06/2016, alors qu'elle se remet progressivement au sport, elle se plaint d'une recrudescence de ses douleurs à ce niveau, qui ont nécessité un avis orthopédique spécialisé, deux infiltrations au niveau de la patte d'oie, ainsi qu'une prise en charge en physiothérapie.

Je ne peux donc que confirmer que les gonalgies sont apparues dans les suites de l'accident de ski de 02/2015, et de la réparation chirurgicale."

Par duplique du 5 mai 2017, l'intimée a maintenu ses conclusions. En substance, elle a estimé que la recourante n'apportait aucun élément objectif permettant de remettre en doute la valeur probante de l'analyse du Dr G._____. Elle a également retenu que le rapport médical du 28 mars 2017 de la Dresse J._____ ne permettait de tirer aucune conclusion quant à la relation de causalité (principe « post hoc, ergo propter hoc »). Pour le surplus, elle a renvoyé à ses précédentes écritures.

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 des exceptions expressément prévues (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 devant le tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 56 al. 1 et 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).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD). Compte tenu des prestations auxquelles la recourante pourrait le cas échéant prétendre et de la durée possible de la prise en charge, la valeur litigieuse est susceptible de dépasser 30'000 fr. dans le cas d'espèce. La présente cause relève dès lors de la compétence de la Cour et non d'un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée est tenue à prestations du fait des troubles du genou gauche traités dès le mois de juin 2016, singulièrement si ces troubles se trouvent en lien de causalité naturelle avec l'accident de ski survenu le 26 février 2015.

3. Préalablement, on relèvera que la décision sur opposition litigieuse se réfère uniquement à l'opposition formée le 20 septembre 2016 par O._____. Cela pose notamment la question du respect du droit d'être entendu de la recourante, dont l'opposition du 27 septembre 2016 n'a, à teneur du dossier, ni été traitée ni été prise en considération par l'intimée dans sa décision sur opposition. Cela dit, la décision sur opposition rejetant l'opposition d'O._____ a également été notifiée à la recourante, qui a ainsi été en mesure de saisir pleinement la portée de celle-ci et d'interjeter recours auprès de la Cour de céans qui dispose d'un plein pouvoir d'examen. La question d'une éventuelle violation des droits procéduraux de l'intéressée peut dès lors rester ouverte, dans la mesure où le recours doit dans tous les cas être admis pour les raisons exposées ci-dessous.

4. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit, notamment, 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).

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

c) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 et la référence citée). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C_53/2016 du 9 novembre 2016 consid. 3.1 et 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

d) Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique et non pas consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2 et la référence citée).

5. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_410/2016 du 19 avril 2017 consid. 5.2, 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.1 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 126 V 353 consid. 5b, 117 V 359 consid. 4a et 117 V 369 consid. 3a).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3 et 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

c) 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 versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites 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 118 V 293 consid. 2c). 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 références citées ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 et 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

d) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2 et 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que 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. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à

l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 et U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 et la référence citée).

6. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.3.2 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

7. a) En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a été victime d'un accident le 26 février 2015, les cinq conditions posées par la jurisprudence en la matière étant cumulativement réalisées. Cela n'est d'ailleurs contesté par aucune des parties au litige.

Il convient dès lors d'examiner si les troubles soignés dès juin 2016 se trouvent en lien de causalité naturelle avec cet accident, ou au contraire si le statu quo sine vel ante était atteint dès l'ablation de la vis d'ancrage le 16 octobre 2015.

b) Dans son rapport médical du 30 décembre 2016, le médecin-conseil de H._____, le Dr G._____, mentionne que les trous de forages ont été faits « *juste sous l'insertion du tendon rotulien et donc à distance de la patte d'oie* » et retient que l'intéressée présente une surcharge de la patte d'oie. Il nie cependant tout lien de causalité entre cette atteinte à la santé et l'accident du 26 février 2015, au motif que le traitement relatif à l'événement du 26 février 2015 « *a pris fin plusieurs mois auparavant et que le geste chirurgical avait épargné cette structure tendineuse (la patte d'oie)*. Selon lui, l'accident a cessé de déployer ses effets puisque la fracture est consolidée, sans répercussion sur la structure du LCA, et les autres lésions traumatiques (lésions musculaires postéro-latérales), objectivées sur l'IRM de 2015, semblent guéries.

Il apparaît toutefois que ces constatations se fondent sur des prémisses en contradiction avec le protocole opératoire du 5 mars 2015 du Dr F._____, selon lequel une vis 3.5 a été mise en place « *au ras de la patte d'oie* » après un forage par un abord « *juste en dessus de la patte d'oie* », ainsi qu'avec l'avis du médecin-conseil d'O._____ pour qui les forages effectués lors de l'intervention du 5 mars 2015 se trouvaient au niveau de la patte d'oie.

Les conclusions du Dr G._____ sont également contraires à celles des autres médecins s'étant prononcé dans ce dossier, qui ont tous reconnu un lien de causalité naturelle entre l'accident de février 2015 et les troubles soignés en juin 2016. Le Dr P._____, qui dispose de la même spécialisation que lui, a en effet affirmé, dans son rapport médical du 10 août 2016, qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution de l'état de santé de la recourante. Cet avis est également partagé par le médecin-conseil d'O._____, selon qui les troubles présentés par l'intéressée sont toujours en lien de causalité naturelle avec l'événement, les douleurs étant localisées au niveau des forages effectués lors de l'intervention. Le médecin traitant de la recourante ne dit pas autre chose, puisqu'elle a attesté, dans son certificat médical du 28 mars 2017, que les gonalgies étaient apparues suite à l'accident de ski et à la réparation chirurgicale.

On relèvera encore que l'appréciation du médecin-conseil de H._____ s'agissant de la pathologie dont souffre l'intéressée semble peu objective. Il qualifie la surcharge de la patte d'oie de « *pathologie fréquente* », alors même que, selon l'intimée et la littérature médicale qu'elle a consultée, la tendinite de la patte d'oie est une tendinite « *relativement rare* » (cf. décision sur opposition consid. 6).

Finalement, l'appréciation du Dr G._____ - qui n'a pas observé personnellement la recourante avant de prendre position, contrairement aux Drs F._____ et P._____ - apparaît lapidaire et peu motivée. Les avis médicaux des autres médecins s'étant prononcé dans ce dossier, à savoir le Dr P._____ et le médecin-conseil d'O._____, qui, comme mentionné plus haut, étaient pourtant clairement en contradiction avec ses conclusions, ne sont en particulier absolument pas discutés.

c) Au vu de ce qui précède, l'ensemble des éléments figurant au dossier laissent subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du Dr G._____, de sorte qu'on ne peut pas lui attribuer un caractère probant. L'intimée, qui s'est fondée exclusivement sur cette appréciation peu convaincante pour rendre sa décision sur opposition, n'est ainsi pas parvenue à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles soignés dès juin 2016 et l'accident du 26 février 2015. Il convient dès lors d'admettre le recours.

Cela dit, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. En effet, aucun élément objectif ne permet de faire prévaloir un avis médical sur les autres, l'intimée n'ayant pas procédé à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus

opportune. Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, ayant obtenu gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art.61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2017 par H._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- A.D._____,
- H._____ 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 :