

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 février 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Dessaux et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante,

et

ASSURANCE Z._____, à [...], intimée, représentée par son Service juridique, assurances de personnes, à [...].

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est assurée auprès d'Assurance Z. _____ (ci-après : Assurance Z. _____, l'assurance ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels du fait de son emploi à temps partiel auprès de B. _____ (ci-après : l'employeur).

Selon la déclaration de sinistre remplie par l'employeur, l'assurée a, le 19 juillet 2016, glissé sur le carrelage mouillé et est tombée en avant sur les deux genoux alors qu'elle se trouvait dans les vestiaires du spa du L. _____.

Selon le rapport médical initial daté du 17 septembre 2016, les premiers soins ont été prodigués le 31 juillet 2016 par la Dresse W. _____ du Centre des urgences de la Clinique H. _____, laquelle a posé le diagnostic d'entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit, constatant une limitation de la flexion à 30°, une tuméfaction de la partie molle en sous rotulien et une douleur à la palpation au niveau de l'insertion distale du ligament latéral interne.

Le 31 octobre 2016, Assurance Z. _____ a réceptionné un rapport d'IRM du genou droit du 2 août 2016, concluant à une anomalie en hyper-signal du ligament croisé antérieur sur stress et petite déchirure à son insertion tibiale, à une ancienne résection partielle du ménisque interne, à l'absence de nouvelle déchirure méniscale, et d'œdème osseux, ainsi qu'à une chondropathie grade I du compartiment interne et grade II de la rotule, relevant au surplus une absence de lésion musculo-tendineuse.

Le 13 décembre 2016, l'assureur-accidents a réceptionné un rapport d'IRM du genou gauche, daté du 26 octobre 2016, dont la conclusion est la suivante :

« Ce bilan démontre essentiellement une perte de volume avec irrégularité de signal et une image évoquant une déchirure grade 3

du corps et essentiellement de la corne postérieure du ménisque interne, remaniement pouvant entrer dans un contexte d'ancienne méniscectomie par arthroscopie. Néanmoins, le cartilage de recouvrement montre des zones d'usure sur ce compartiment interne et un œdème dans l'os sous-cortical du plateau tibial interne, témoignant d'une irritation mécanique, qui explique probablement les douleurs. Pour le reste, il n'y a pas de déchirure ligamentaire ou méniscale externe. Pas de signe d'ostéonécrose ».

Dans un rapport du 22 décembre 2016, annexé par l'assurance le 3 mai 2017, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de suspicion d'atteinte méniscale interne du genou droit, précisant qu'il s'agissait d'une douleur antérieure du genou bilatérale et post-traumatique.

Sur mandat de l'assureur-accidents, l'assurée a passé une expertise le 25 août 2017 auprès du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. On extrait ce qui suit du rapport d'expertise du 13 septembre 2017 :

« Diagnostic(s) :

- Minime discopathie dégénérative lombo-sacrée.
- Chondropathie dégénérative antéro-interne et gonarthrose interne varisante débutante bilatérale.
- Statut après méniscectomie arthroscopique interne des deux genoux (une fois à gauche et deux fois à droite) il y a 5 à 20 ans.
- Status après contusion antérieure simple des deux genoux le 19.07.2016.
- Obésité (BMI 31).

[...]

4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail ? Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun.

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ? Depuis quand sont-ils présents ?

Tous les autres.

5.1. Causalité : veuillez nous dire, en motivant chaque réponse, pour chacun des diagnostics relevés sous le chiffre « A4 » s'il est en relation de causalité naturelle avec l'accident en fonction des termes suivants :

onon
ossible (< de 50%)
plus que vraisemblable (> de 50%)
ocertain (100%)

Le lien de causalité naturelle entre l'état de l'appareil locomoteur de cette patiente et l'accident du 19.07.2016 peut être formellement exclu pour les raisons suivantes :

- antécédents d'arthroscopie des deux genoux il y a plus d'une douzaine d'années avec ménisectomie interne bilatérale.
- antécédents de tuméfaction douloureuse des deux genoux en été 2004 ayant dû être ponctionnée des deux côtés (Dr [...]).
- antécédent de bilan IRM du genou droit le 5.4.2012 montrant un status après résection partielle du ménisque interne et présence d'une chondropathie antéro-interne avec discrète ostéophytose débutante.
- obésité.
- l'action vulnérante de l'événement du 19.07.2016 était une contusion antérieure des deux genoux suite à une chute de sa hauteur et par conséquent inappropriée pour entraîner une lésion méniscale significative, notamment des cornes postérieures du ménisque interne.
- consultation en urgence et début de l'arrêt de travail une douzaine de jours plus tard.
- au début, les plaintes se limitaient au genou droit. Elles ne se sont étendues que beaucoup plus tard au genou gauche et dans la région lombaire et plus récemment dans la plante des pieds. Le rachis et les pieds n'avaient fait l'objet d'aucun événement traumatique.
- l'IRM des deux genoux ne montrait aucune lésion traumatique, notamment pas la moindre trace de contusion des tissus mous à la face antérieure des deux genoux ni de signe de contusion osseuse à ce niveau.
- l'IRM des deux genoux montre exclusivement des lésions dégénératives anciennes avec notamment une chondropathie antéro-interne prédominant au bord interne du plateau tibial des deux côtés avec réaction ostéophyttaire et de l'os sous-chondral à ce niveau (et non pas un œdème osseux traumatique) dans un contexte après ménisectomie interne bilatérale.
- l'IRM lombaire ne montre aucune lésion traumatique mais uniquement des troubles dégénératifs mineurs de la charnière lombo-sacrée.

En conclusion, il est certain que cette patiente présente depuis de très nombreuses années des troubles dégénératifs antéro-internes de ses deux genoux suite à des résections méniscales internes et dans le contexte d'une obésité.

Cet état pathologique préexistant majeur a été décompensé transitoirement lors d'une contusion bénigne des deux genoux le 19.07.2016, sans aucune lésion anatomique objectivable surajoutée.

Sachant que les contusions bénignes à ce niveau guérissent sans séquelle dans l'immense majorité des cas en moins d'un mois, il faut considérer que le statu quo sine a dû être retrouvé au plus tard à cette échéance.

Concernant les autres troubles apparus plus tard, à partir de l'automne 2016, notamment liés aux minimes troubles dégénératifs lombo-sacrés, le lien de causalité naturelle avec l'accident est clairement absent ».

Par décision du 18 septembre 2017, Assurance Z._____, se basant sur l'expertise du Dr F._____, a mis fin à ses prestations en date du 20 août 2016, en raison de l'atteinte du *statu quo sine* à cette date.

Le 16 octobre 2017, l'assurée a formé opposition à la décision précitée. Elle a particulièrement contesté le rapport d'expertise du Dr F._____, qui comporterait de nombreuses inexactitudes. Elle a en outre indiqué avoir eu un malaise à deux reprises au cours de l'expertise, l'avoir signalé à l'expert, qui a continué sans se soucier de son état de santé, soulignant avoir mentionné à l'assurance ce fait par téléphone en sortant de l'entretien. L'intéressée a également reproché au Dr F._____ de ne point l'avoir auscultée et de ne lui avoir proposé aucun traitement pour améliorer son état de santé. Elle a aussi contesté le diagnostic d'obésité posé par l'expert.

Par décision sur opposition du 21 novembre 2017, Assurance Z._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 18 septembre 2017. Elle a en particulier retenu que compte tenu des antécédents et des troubles dégénératifs, ainsi que de l'apparition relativement tardive des plaintes au genou droit, la relation de causalité entre l'événement du 19 juillet 2016 et les troubles aux genoux n'étaient plus hautement vraisemblable un mois après leur apparition, soit dès le 20 août 2016.

B. Par acte du 22 décembre 2017 (date du timbre postal), D._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation. Elle soutient avoir attendu avant de consulter car, ayant travaillé chez un orthopédiste, elle s'est soignée elle-même et s'être rendue aux urgences que lorsqu'elle ne pouvait plus marcher. Elle allègue que la décision sur opposition comporte des inexactitudes, à

l'instar de l'expertise du Dr F._____. Elle conteste que l'aggravation de son état de santé soit due à l'arthroscopie effectuée il y a de nombreuses années, la mettant sur le compte des accidents consécutifs subis. Elle fait enfin valoir que plusieurs médecins, dont un orthopédiste, lui ont suggéré d'attendre avant de prendre une décision quant à une intervention au genou droit.

Dans sa réponse du 26 mars 2018, l'intimée conclut au rejet au recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Elle relève que les prétendues inexactitudes pointées par la recourante ne sont ni précisées ni prouvées, soulignant qu'en tout état de cause, les informations à disposition du Dr F._____ lui permettaient de se prononcer sans procéder à une auscultation particulière. Quant au conseil médical relatif à l'attente avant de prendre une décision, l'intimée relève que cela ne prouve en aucun cas un lien de causalité entre les plaintes et les chutes, précisant que la causalité ne saurait être établie au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident. L'intimée soutient, s'agissant du genou, que compte tenu des antécédents et des troubles dégénératifs, ainsi que de l'apparition relativement tardive des plaintes, la relation de causalité entre l'accident et les troubles, n'est plus hautement vraisemblable un mois après leur apparition, soit dès le 20 août 2016. Quant au genou, une causalité est certes possible mais pas vraisemblable compte tenu de l'écoulement du temps entre les plaintes à l'automne 2016 et la chute du 19 juillet 2016, mais aussi de l'état dégénératif de cette articulation.

Répliquant le 30 avril 2018, la recourante maintient ses conclusions, soulignant vivre avec des douleurs quotidiennes depuis son accident et réitérant ses griefs quant à l'attitude du Dr F._____ au cours de l'expertise.

Dans sa duplique du 22 mai 2018, l'intimée persiste dans ses conclusions.

A l'appui de ses déterminations du 25 juillet 2018, la recourante produit un rapport d'IRM du genou droit du 19 juin 2018 dont la conclusion est la suivante :

« Œdème osseux touchant le plateau tibial interne associé à une chondropathie de grade 3 de ce compartiment. Le ménisque interne a une perte de substance dans sa partie médiale et postérieure sur possible ancienne résection partielle. Pas de déchirure récente des ménisques. Le ligament croisé antérieur est en hypersignal et partiellement désinséré de sa région tibiale.

Par ailleurs, pas de lésion musculo-tendineuse.

La comparaison avec l'examen du 02.08.2016 montre l'apparition de l'œdème sous-chondral dans le plateau tibial interne. Par ailleurs, pas de kyste poplité, ni d'épanchement ».

Le 14 août 2018, l'intimée relève que le rapport du 19 juin 2018 fait état d'une chondropathie de grade 3 sans prendre aucunement position quant à l'origine de celle-ci, cette atteinte dégénérative confirmant l'absence de causalité entre l'événement du 19 juillet 2016 et les plaintes actuelles de la recourante.

Le 21 décembre 2018, la recourant indique que l'état a indiqué que l'état de son genou droit continuait à se dégrader et qu'il ne lui restait plus que la pose d'une prothèse totale du genou.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations à compter du 20 août 2016.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de

probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, Bâle 2016, 3^e éd., n° 104 p. 929).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

d) Selon l'art. 9 al. 2 let. a OLAA, les déchirures du ménisque, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir

quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

b) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. **a)** En l'espèce, est litigieuse l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 19 juillet 2016 et les lésions aux genoux de la recourante, le caractère accidentel de cet événement n'étant pas contesté.

b) L'intimée s'est fondée sur les conclusions du Dr F. _____ pour retenir qu'un tel lien de causalité ne pouvait plus être admis à compter du 20 août 2016, soit un mois après l'accident. Force est de constater que les conclusions du rapport d'expertise sont convaincantes et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à les remettre en cause.

 En effet, si le diagnostic d'entorse bénigne du ligament latéral interne du genou droit a été posé par la Dresse W. _____ suite à la consultation du 31 juillet 2016, l'instruction médicale a permis de démontrer qu'aucune lésion récente ne pouvait être mise en évidence (cf. rapport d'IRM du 2 août 2016). L'examen du 2 août 2016 a en revanche permis de relever une atteinte dégénérative au genou droit, sous la forme d'une chondropathie de grade I au niveau du compartiment interne et de grade II sur la rotule. Or, il convient de souligner que la présence d'une chondropathie antéro-interne du genou droit avait été mise en évidence en avril 2012, par le rapport d'IRM du 5 avril 2012 pratiqué suite à la résection du ménisque interne bilatérale subie par la recourante.

 Quant aux lésions touchant le genou gauche, elles n'ont été mentionnées que trois mois après l'accident, l'IRM pratiquée le 26 octobre 2016 ayant mis en exergue une déchirure de grade III du corps et essentiellement de la corne postérieure du ménisque interne pouvant entrer dans un contexte d'ancienne méniscectomie par arthroscopie. Or comme le relève le Dr F. _____ dans son rapport d'expertise, les IRM des genoux n'ont montré aucune lésion traumatique, aucune contusion des tissus mous à la face antérieure des deux genoux ni de signe de contusion

osseuse. Elles ont uniquement révélé des lésions dégénératives anciennes avec notamment une chondropathie dans un contexte après ménisectomie interne bilatérale. Il s'ensuit que la recourante présente depuis plusieurs années avant l'accident des troubles dégénératifs de ses deux genoux suite à des résections méniscales internes, de sorte que ce n'est pas l'événement du 19 juillet 2016 qui a provoqué les déchirures du ménisque, qui étaient bien antérieures à l'accident. Il n'y a dès lors pas lieu de retenir l'existence de lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA. Le Dr F._____ conclut que cet état pathologique préexistant majeur a été décompensé transitoirement lors d'une contusion bénigne des deux genoux le 19 juillet 2016, sans aucune lésion anatomique objectivable surajoutée. Concernant les autres troubles apparus à partir de l'automne 2016, l'IRM lombaire ne montre aucune lésion traumatique mais uniquement des troubles dégénératifs mineurs de la charnière lombosacrée, de sorte que le lien de causalité naturelle avec l'accident est clairement absent selon le Dr F._____. A cet égard, le rapport d'IRM du 19 juin 2018 produit par la recourante en cours de procédure, confirme l'existence des lésions dégénératives sans toutefois prendre position quant à leur origine. S'il est possible, comme le reconnaît l'intimée, que l'événement accidentel ait momentanément décompensé l'état préexistant, 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 événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2).

On relèvera également, à l'instar de l'intimée, que la prise en charge médicale n'a eu lieu que le 31 juillet 2016 s'agissant du genou droit et qu'une incapacité de travail n'a été certifiée qu'à compter du 31 août 2016. Les premières plaintes quant aux troubles du genou gauche remontent quant à elles à l'automne 2016, soit trois mois après l'événement accident. Le caractère tardif de la prise en charge médicale et de l'apparition des plaintes est un indice supplémentaire plaidant en faveur de l'absence d'un lien de causalité. À cet égard, le fait que la recourante ait attendu de ne plus pouvoir marcher avant de consulter n'y

change rien. En outre, l'allégation de l'assurée selon laquelle ses médecins lui auraient conseillé d'attendre avant de consulter n'est aucunement documentée. De plus, aucun rapport médical au dossier ne permet de mettre en doute, même faiblement, les conclusions du Dr F._____.

c) Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions de l'intimée, faisant siennes celles du Dr F._____ et de retenir, s'agissant des genoux, que la relation de causalité entre l'événement du 19 juillet 2016 et les atteintes n'est plus hautement vraisemblable un mois après l'accident, soit dès le 20 août 2016.

On relèvera finalement que les griefs de la recourante relatifs au déroulement de l'expertise elle-même ne sauraient emporter la conviction.

d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions aux genoux dont souffre la recourante ne peuvent pas être rattachés à l'accident du 19 juillet 2016, respectivement que le *statu quo sine* a été atteint au plus tard un mois après l'accident soit le 20 août 2016. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a cessé la prise en charge des frais à compter de cette date.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 21 novembre 2017 par Assurance Z._____ est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- D._____,
- Assurance Z._____,
- 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 :