

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 janvier 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

U. _____ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2, et art. 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1967, travaille comme cadre pour [...] à 60 %. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'U._____ SA (ci-après : U._____ SA, la caisse ou l'intimée).

Selon une déclaration d'accident du 18 avril 2017 adressée à U._____ SA, l'assurée a été victime le 16 mars 2017 d'un accident de ski.

Dans un rapport du 11 avril 2017 adressé au médecin-conseil d'U._____ SA, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que sa patiente souffrait d'une entorse du genou droit avec plusieurs épisodes consécutifs de giving-way (effondrement subit de la jambe) ou de subluxations à ski. Il a posé le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur au genou droit, proposé une intervention chirurgicale sous la forme d'une reconstruction ligamentaire, programmant une IRM (imagerie par résonance magnétique).

Par rapport d'IRM du 19 avril 2017, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a décrit une rupture au moins partielle de l'enthèse proximale du ligament collatéral latéral, qui apparaissait distendu et infiltré, un aspect aminci, en hypersignal, de la corne latérale, du ménisque latéral, d'allure dégénérative et une chondropathie de grade 4 « en miroir » de l'interligne fémoro-tibial latéral, ainsi qu'un discret épanchement intra-articulaire.

Par courrier du 20 avril 2017, après avoir pris connaissance de l'IRM précitée, le Dr C._____ a proposé à la patiente une arthroscopie du genou droit et sollicité d'U._____ SA une garantie en vue de cette intervention à la Clinique D._____. Il a renouvelé sa demande de garantie par fax du 2 mai 2017 et par courrier électronique du 5 mai 2017.

Par garantie d'hospitalisation du 8 mai 2017 adressée à la Clinique D._____, U._____ SA s'est engagée à prendre en charge le séjour hospitalier de l'assurée pour au maximum trente jours, à l'exclusion des frais personnels et « sous réserve des renseignements à venir. »

L'assurée a été opérée le 9 mai 2017 à la Clinique D._____.
On extrait ce qui suit du protocole opératoire du même jour établi par le Dr C._____ :

**« TYPE D'INTERVENTION
ARTHROSCOPIE ET MENISCECTOMIE EXTERNE PARTIELLE AU
GENOU DROIT
TENOLYSE ENDOSCOPIQUE DU FHL BILATERALE AVEC
RESECTION D'UN VOLUMINEUX TUBERCULE TALIEEN POSTERO-
LATERAL ASSORTI D'UN OS TRIGONE A GAUCHE**

PROTOCOLE

FHL :

Patient installé en décubitus ventral. On procède à deux petites incisions cutanées de part et d'autre du tendon d'Achille situées dans le plan sagittal à l'aplomb de la pointe de la malléole externe.

Exploration ensuite de la sous-talienne qui est libérée sur son versant interne avec section de la poulie rétro-talienne du FHL. A noter une jonction tendino-musculaire bas située sans hypertrophie musculaire, une poulie extrêmement fibreuse, volumineux tubercule talion postéro-latéral assorti à un os trigone à gauche. On procède pour libérer le coulissement de l'unité tendon-muscle à la résection du tubercule talion postéro-latéral. On obtient un libre coulissement tendineux.

Fermeture des orifices arthroscopiques par un point à la peau.

Opération identique réalisée sur les deux pieds.

Nouveau champage.

Genou droit :

Introduction antéro-externe de l'arthroscope.

Compartiment fémoro-patellaire : rotule et trochlée sp, pas de plica.

Compartiment interne : ménisque et cartilage sp.

Pivot central : ligaments croisés normalement insérés et sans lésion.

Compartiment externe : déchirure du ménisque externe avec une languette pelliculée sur la corne moyenne qui est réséquée, le mur méniscale est ensuite régularisé en zone I. présence d'une

chondropathie avec exposition de l'os sous-chondral sur le versant externe du condyle en zone de charge sur une surface de moins d'1 cm, Chondropathie présente également sur le plateau tibial de type III.

Après rinçage abondant, fermeture des orifices arthroscopiques par points à la peau. »

Le 15 mai 2017, le Dr C. _____ a adressé le rapport qui suit au médecin traitant de l'assurée :

« La patiente susnommée a été hospitalisée à la Clinique Bois-Cerf du 09.05.17 au 10.05.17, date de son retour à domicile.

Diagnostic(s) :

- > **Déchirure du ménisque externe au genou droit (accident)**
- > Hallux limitus fonctionnel bilatéral (maladie)

Intervention et traitement :

Le 09.05.17, on procède à une méniscectomie externe partielle au genou droit par arthroscopie ainsi qu'à une ténolyse endoscopique du long fléchisseur de laiteux aux 2 pieds (cf. rapport annexé).

La patiente n'a pas présenté de complication per- ou postopératoire.

A. _____ sera revue à ma consultation pour ablation des fils le 19.05.2017. »

Par rapport du 31 mai 2017 adressé au médecin-conseil d'U. _____ SA, le Dr C. _____ a exposé avoir revu sa patiente à sa consultation du 19 mai 2017 et avoir constaté que l'évolution était favorable avec un genou calme, sec et stable, précisant que l'assurée poursuivrait sa physiothérapie et qu'aucune nouvelle consultation n'était prévue à son cabinet.

Le service médical d'U. _____ SA a pris position le 25 septembre 2017 sous la plume du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier expose notamment ce qui suit :

« [...] Déclare une chute à ski à [...] avec douleurs au genou droit. L'événement a eu lieu le 18.3.2017. Mme A. _____ va consulter environ 10 jours plus tard le Dr C. _____. Un bilan par radiologie standard, puis par IRM est pratiqué. Le bilan radiologique standard, sous forme d'un schuss, met en évidence un pincement avancé bilatéral des deux compartiments externes des deux genoux, pas de

lésion osseuse aux deux genoux, et un status après plastie du LCA à gauche.

Une IRM du genou droit est également effectuée le 18.4.2017, mettant en évidence de façon très nette la gonarthrose externe avancée, avec disparition quasi-totale du cartilage sur le condyle, subtotale sur le tibia, un ménisque externe, aminci, aplati, dégénératif particulièrement au niveau de sa colonne latérale, et une infiltration du ligament latéral externe à sa partie proximale. Il y a des lésions osseuses en regard de ras sous-chondral, typiques de lésions dégénératives. Il n'y a pas d'œdème typique d'une contusion osseuse. Le pivot central est sans particularité, de même que le compartiment externe. Kyste infra-osseux du fémur proximal dans la région médiane, banal.

Il y a une première lettre du Dr C. _____ qui parle d'une lésion du LCA, pour laquelle il propose une reconstruction ligamentaire (lettre du 11.4.2017) puis, un protocole opératoire avec une ménissectomie externe partielle et une ténolyse endoscopique du FHL bilatérale.

Sur la base des éléments précités, je retiendrais donc une chute à ski sur le genou droit chez une femme de 50 ans qui présente des antécédents de plastie du LCA du genou gauche.

Les plaintes concernent uniquement le genou droit. Le bilan radiologique standard sous forme d'un schuss met en évidence une gonarthrose externe bilatérale pratiquement symétrique, et le bilan par IRM confirme l'arthrose avancée du compartiment externe, touchant à la fois l'os sous-chondral, le cartilage et le ménisque. A noter que le radiologue utilisait également le terme de *dégénératif* pour l'hyper signal clair de la corne postérieure du ménisque externe.

Sur la base des éléments précités, je retiendrais donc une entorse à ski bénigne, avec mise en évidence d'une gonarthrose externe avancée au genou droit, et par ailleurs bilatérale. Je fixerais un statu quo sine au plus tard six semaines après l'événement, date au-delà de laquelle la persistance de la symptomatologie est en rapport de causalité exclusive avec une pathologie dégénérative antérieure à l'événement. »

Par décision du 11 octobre 2017, U. _____ SA a dénié à l'assurée le droit à des prestations dans le cadre de l'accident de ski du 16 mars 2017 à compter du 27 avril 2017 au motif que son service médical ne reconnaissait pas de lien de causalité naturelle entre l'événement susmentionné et les troubles somatiques.

Par acte du 8 novembre 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a fait valoir qu'après plusieurs compléments d'information adressés par le cabinet du Dr C. _____, U. _____ SA avait transmis la garantie de prise en charge à la Clinique

D._____. Elle a soutenu que le bon n'aurait pas dû être délivré, afin qu'elle puisse renoncer à l'intervention ou la reporter à une date ultérieure une fois connue la position d'U._____. SA. Elle a complété ses motifs par courrier électronique du 4 décembre 2017, indiquant qu'avant l'accident en cause, elle n'avait pas rencontré de problème au genou droit, de sorte que le trouble pour lequel elle a dû subir cette intervention était bien lié son accident. Elle a précisé que le Dr C._____ avait renseigné U._____ SA et transmis le rapport d'IRM du 19 avril 2017, de sorte que la caisse était bien en possession de ce document avant l'opération.

Par rapport du 18 décembre 2017, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'U._____ SA a livré l'appréciation suivante du cas :

« **1. Diagnostics**

[...]

Radiographies

J'ai pu prendre connaissance des radiographies, notamment une incidence de Schuss datée du 18.04.2017 mettant en évidence un pincement latéral des deux genoux, témoignant d'une gonarthrose ancienne. On ne dispose pas de radiographie de profil. L'incidence fémoro-patellaire est sans particularité pour les deux genoux.

Les autres clichés concernent la pathologie tendineuse des 2 pieds qui n'est pas à charge de ce cas, comme l'a d'ailleurs indiqué son médecin-traitant.

Clichés de l'irm disponibles sur CD du 18.04.2017: on retient les lésions cartilagineuses mentionnées précédemment sur le compartiment interne du genou, tant sur le versant fémoral que sur le versant tibial. Le ménisque externe est de type dégénératif. Il existe également une infiltration du ligament latéral externe à sa partie proximale. Il n'y a pas de signe de traumatisme récent.

[...]

Discussion du cas

Le bilan iconographique préopératoire a mis en évidence des lésions cartilagineuses évoluées du compartiment externe. On retient que celles-ci sont d'ailleurs confirmées lors de l'arthroscopie. On retient également le type de lésion horizontale dégénérative, ainsi qu'un ménisque externe aplati, témoignant d'une lésion par usure plutôt que d'une lésion traumatique. On retient aussi l'absence d'une contusion osseuse qui aurait pu traduire un épisode traumatique récent.

Une lésion partielle du ligament latéral externe est retenue sur l'irm.

2. Etude de la relation de causalité :

Il existe un état antérieur notable sur ce genou, préexistant à l'évènement, même si cette gonarthrose interne n'avait pas été symptomatique jusqu'à celui-ci. Cette arthrose externe évoluée a entraîné une usure dégénérative du ménisque externe. L'évènement a simplement contribué à le mettre en évidence comme l'a montré le bilan complémentaire.

La relation de causalité est ainsi au mieux possible entre les troubles méniscaux du genou et l'évènement du 16.03.2017.

3. Détermination d'un statu quo sine

Pour l'entorse partielle du ligament latéral externe, ce type de lésion cicatrise habituellement en 4 semaines avec une simple immobilisation au maximum. C'est donc à juste titre que l'on peut conclure que le statu quo sine est atteint six semaines après l'événement, le traumatisme initial ayant alors cessé ses effets délétères.

4. Recherche d'une lésion selon l'article 6.2 LAA

Examinons les conditions de mise en évidence de cette lésion méniscale externe, survenant dans un contexte de gonarthrose du compartiment externe. L'usure articulaire est nette sur les clichés en incidence de Schuss, bilatérale au demeurant, et est confirmée sur l'examen IRM avec atteinte en miroir du compartiment fémoral et du compartiment tibial externe. Le ménisque externe a un aspect aplati, contrairement au ménisque interne. Cette usure méniscale est la conséquence des lésions arthrosiques en regard, avec survenue de microtraumatismes répétés.

On doit conclure que la lésion méniscale est ancienne, due à largement plus de 50 % à l'usure - ou gonarthrose - dégénérative, déjà présente au moment de l'évènement. On ne peut donc pas retenir de lésion selon l'article 6.2 LAA

Sur le plan de la lésion partielle du ligament latéral externe, la notion d'accident a été retenue et un statu quo sine a été fixé.

5. Bilan sur l'ampleur et la difficulté des trois interventions réalisées le 09.05.2017

Il a donc été réalisé à cette date une intervention comportant les actes suivants :

- Ténolyse endoscopique FHL à gauche, comportant la résection d'un volumineux tubercule talien, correspondant à 40 % d'ampleur et de difficulté opératoire.
- Ténolyse endoscopique FHL à droite correspondant à 30 %
- Arthroscopie du genou droit avec méniscectomie externe correspondant à 30 %.

6. Observation

Une aggravation de la gonarthrose externe est à redouter compte-tenu de la méniscectomie externe réalisée. »

Par décision sur opposition du 10 janvier 2018, U. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 11 octobre 2017. Elle a tout d'abord retenu que le second avis médical du Dr F. _____ rejoignait le premier avis du Dr E. _____, à savoir que la déchirure du ménisque externe ne peut être rattachée à l'accident du 13 décembre 2015, mais plutôt à la longue évolution dégénérative articulaire, une lésion horizontale du ménisque externe et un ménisque externe aplati témoignent clairement d'une lésion par usure. Seule la lésion partielle du ligament latéral externe pouvait être en relation de causalité avec l'accident, mais celle-ci ne nécessitait aucun traitement particulier autre que le repos, avec une cicatrisation à quatre semaines et un *statu quo sine* à six semaines. Se ralliant à l'appréciation du Dr F. _____, U. _____

SA a considéré que l'accident avait simplement aggravé temporairement (légère entorse avec lésion partielle du ligament latéral) un état antérieur déjà bien établi, l'assurée continuant ensuite de présenter des symptômes qui se seraient de toute façon manifestés, même en l'absence d'un accident vu la situation décrite dans les pièces médicales. La caisse a observé que la lésion partielle du ligament latéral n'a pas été traitée lors de l'intervention du 9 mai 2017. Suivant ses médecins-conseils, U._____ SA a considéré que si un certain lien de causalité avec les troubles du genou droit a été accepté au début, il n'en demeurerait pas moins qu'un *statu quo sine* devait nécessairement être fixé au 26 avril 2017, soit six semaines après l'accident. Quant au grief selon lequel U._____ SA avait refusé de servir ses prestations après avoir confirmé à la clinique la prise en charge du cas, il y a lieu de relever que le document auquel il fait référence n'était pas une « confirmation de prise en charge », mais bien plutôt une « confirmation de garantie » qui réservait en outre des « renseignements médicaux à venir. » De plus, la caisse soutient qu'elle n'était pas en possession de tous les éléments pour se prononcer, le Dr C._____ et la Clinique D._____ se gardant de lui signaler que trois interventions, dont deux au niveau des pieds et clairement malades, étaient prévues le 9 mai 2017.

B. En date du 9 février 2018, A._____, assistée de Me Flore Primault, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition rendue par U._____ SA le 10 janvier 2018, concluant principalement à son annulation et à ce qu'il soit constaté qu'elle possédait un droit aux prestations de l'assurance-accident à la suite de l'événement du 16 mars 2018 et en particulier à la prise en charge de son opération du 9 mai 2017. Subsidiairement elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a fait valoir que le *statu quo sine* arrêté par U._____ SA était réducteur et ne reflétait en rien la réalité puisque l'assurée n'avait pas encore totalement récupéré lorsqu'elle a subi l'opération en cause. Par conséquent, il se justifiait de prendre en charge l'opération au regard de l'assurance-accident. Elle a fait grief à la caisse d'avoir délivré un bon

d'hospitalisation pour se rétracter par la suite. Elle a soutenu que, dans ce contexte, elle ne pouvait que comprendre que la prise en charge était assurée. Par conséquent, le refus d'U._____ SA de prester relevait, selon l'intéressée, d'une violation de la protection de la bonne foi.

Dans sa réponse du 8 juin 2016 et sous la plume de son conseil Me Patrick Moser, U._____ SA a conclu au rejet du recours. Elle a notamment exposé que sur le plan médical, les Drs E._____ et F._____ estimaient que l'assurée avait subi une entorse bénigne à ski, avec mise en évidence d'une gonarthrose externe avancée au genou droit, par ailleurs bilatérale. Pour ses médecins-conseils, la déchirure du ménisque ne pouvait pas être rattachée à l'accident du 16 mars 2017, mais plutôt à une longue évolution dégénérative articulaire. U._____ SA a exposé que seule la lésion partielle du ligament latéral externe pouvait être en relation de causalité avec l'accident, mais que celle-ci ne nécessitait aucun traitement particulier autre que le repos selon l'avis du Dr F._____ avec un *status quo sine* à six semaines. U._____ SA a exposé que, même si l'assurée avait elle-même sollicité une « garantie d'hospitalisation » en usant du formulaire remis par la clinique, et quand bien même elle avait eu un entretien téléphonique avec un représentant de la caisse à ce sujet, rien n'indiquait que ce dernier lui avait donné une quelconque assurance quant à la prise en charge des frais, l'intéressée se fondant seulement sur la garantie en question, dont la portée n'était pas celle qu'elle soutenait. De surcroît, elle a rappelé que le Dr C._____ n'avait jamais signalé qu'il avait planifié trois interventions médicales le 9 mai 2017 dont les deux interventions (maladie) au niveau des pieds correspondaient, du point de vue de la difficulté et de la durée, à 70 % de l'intervention, contre 30 % pour l'intervention du genou selon l'avis du Dr F._____.

Par réplique du 24 septembre 2018, l'assurée a contesté l'E._____ et F._____, faisant valoir qu'ils avaient uniquement donné un avis théorique et non un avis concernant la situation réelle et concrète. Elle a soutenu, littérature médicale à l'appui, que la reconstruction ligamentaire préconisée par le Dr C._____ était la meilleure solution dans le cas d'espèce.

Dans sa duplique du 16 novembre 2018, U._____ SA a précisé que les avis des Drs E._____ et F._____ se fondaient exclusivement sur l'imagerie médicale et les rapports du Dr C._____. Elle a souligné que la lésion partielle du ligament latéral externe, qui seule pouvait être mise en relation avec l'événement du 16 mars 2017, n'a fait l'objet d'aucun traitement médical particulier. La caisse a rappelé que si le Dr C._____ proposait une reconstruction du ligament croisé antérieur dans son courrier du 11 avril 2017, le protocole opératoire exposait clairement qu'il n'y avait eu aucun geste, ni sur le ligament croisé antérieur, qui n'avait d'ailleurs pas été touché par l'événement, ni sur le ligament latéral externe qui avait guéri entre-temps, l'opération du 9 mai 2017 ne portant que sur le ménisque externe du genou droit, ainsi que sur les deux pieds.

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accident après le 26 avril 2017 en raison de l'événement du 16 mars 2017.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les déchirures du ménisque (let. c) et les lésions de ligaments (let. g), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

b) 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.

aa) 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration 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. 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 assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1).

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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

bb) 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. 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 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, soit le *statu quo ante*, ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire, soit le *statu quo sine* (RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). *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_32/2014 du 22

décembre 2014 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 ; 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

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 ; 125 V 456 consid. 5a ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 ; 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 115 V 403 consid. 4a ; 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3 ; U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10

février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises 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_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.1 ; 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).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

4. **a)** En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations d'assurance à compter du 27 avril 2017, estimant que le dossier médical de la recourante ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement du 16 mars 2017 et les troubles persistant au-delà du 26 avril 2017.

b) S'il a effectivement été fait mention dans un premier temps d'une reconstruction ligamentaire, cette lésion n'a pas fait l'objet de l'intervention chirurgicale pratiquée le 9 mai 2017 à la Clinique D._____.

Le Dr G._____ a indiqué que l'IRM effectuée le 18 avril 2017 a mis en évidence une rupture au moins partielle de l'enthèse proximale du ligament collatéral latéral, qui apparaissait distendu et infiltré, un aspect aminci, en hypersignal, de la corne latérale, du ménisque latéral, d'allure dégénérative et une chondropathie de grade 4 « en miroir » de l'interligne fémoro-tibial latéral, ainsi qu'un discret épanchement intra-articulaire (cf. aussi rapport des 25 septembre et 18 décembre 2017).

Selon les Drs E._____ et F._____, l'incidence de Schuss datée du 18 avril 2017 a mis en évidence un pincement latéral des deux genoux, témoignant d'une gonarthrose qualifiée d'ancienne par le second médecin-conseil. (rapport des 25 septembre et 18 décembre 2017). Pour le Dr F._____, les autres clichés concernent la pathologie tendineuse des

deux pieds qui ne relevait pas d'un cas d'accident comme l'avait lui-même indiqué le Dr C. _____ dans son rapport du 15 mai 2017.

Le Dr E. _____ a estimé que l'assurée avait subi une entorse bénigne à ski, avec mise en évidence d'une gonarthrose externe avancée au genou droit, par ailleurs bilatérale. Ce spécialiste a identifié sur l'imagerie des lésions osseuses en regard de ras sous-chondral, typiques de lésions dégénératives, mais pas d'œdème typique d'une contusion osseuse. Il a en outre observé que le pivot central était sans particularité, de même que le compartiment externe. Son confrère le Dr F. _____ a confirmé ce premier avis ensuite de l'opposition, à savoir que la déchirure du ménisque ne pouvait pas être rattachée à l'évènement du 16 mars 2017, mais plutôt à une longue évolution dégénérative articulaire. Pour ce spécialiste, la lésion horizontale du ménisque externe, au demeurant aplati témoignait d'une atteinte par usure. Pour lui, seule la lésion partielle du ligament latéral externe pouvait être en relation de causalité avec l'accident, mais celle-ci ne n'avait pas d'indication chirurgicale.

On doit bien admettre dans ces conditions que la recourante présentait avant l'évènement du 16 mars 2017 un important état dégénératif mis en évidence à cette occasion, notamment par les imageries commandées par le Dr C. _____. C'est ainsi en toute connaissance de cause que les médecins-conseils ont relevé l'importance des lésions préexistantes et dégénératives influençant les plaintes de la recourante, étant souligné que les gestes pratiqués par le Dr C. _____ étaient une arthroscopie et une méniscectomie externe partielle au genou droit et une ténolyse endoscopique du *flexor hallucis longus* (tendon fléchisseur propre de l'hallux) bilatérale avec résection d'un volumineux tubercule talien postéro-latéral assorti d'un os trigone à gauche (protocole opératoire du 9 mai 2017), soit des interventions à prédominance dégénérative.

Quant à l'argument de la recourante selon lequel elle n'a jamais présenté de troubles avant l'évènement du 16 mars 2017, il ne lui est d'aucun secours. En effet, le seul fait que des symptômes ne se sont

manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (cf. consid. 3b/aa ci-dessus).

Les appréciations des Drs E._____ et F._____ montrent, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si un lien de causalité avec les troubles du genou droit est admis dans un premier temps, le *statu quo sine* est intervenu, compte tenu de l'imagerie disponible, des rapports du Dr C._____ et du protocole opératoire finalement mis en œuvre le 26 avril 2017, soit six semaines après l'évènement du 16 mars 2017.

Il est au surplus vain de se prévaloir de la reconstruction ligamentaire proposée par le Dr C._____, dès lors que ce dernier n'a pas pratiqué ce geste lors de l'intervention chirurgicale du 9 mai 2017.

c) Il n'y a pas plus lieu d'étendre la couverture de l'évènement du 16 mars 2017 par l'assurance-accident en application de l'art. 6 al. 2 LAA dans la mesure où le Dr F._____ a précisé dans son rapport du 18 décembre 2017 que la lésion du ménisque était due à « largement plus de 50 % » à une gonarthrose dégénérative déjà présente au moment de l'évènement.

d) L'intimée a procédé aux mesures d'instruction nécessaires en recueillant les documents adéquats en mains du Dr C._____ et en confiant à ses médecins-conseils le soin de les apprécier. Leurs appréciations reposent sur un examen des imageries à disposition et des rapports du chirurgien ayant opéré l'assurée. Dans ce contexte, la recourante ne peut pas soutenir que les médecins-conseils de l'intimée se sont prononcés de manière théorique. La description du contexte médical, l'appréciation et les conclusions sont claires et convaincantes, étant précisé que la recourante n'a apporté aucun élément médicaux permettant de remettre en cause leur appréciation. Les Drs E._____ et F._____ se sont prononcés sur le dossier de la recourante constitué par son propre chirurgien.

Force est de constater que ces avis médicaux concordants doivent se voir reconnaître pleine valeur probante pour trancher l'objet du litige.

e) En définitive, le lien de causalité naturelle n'est pas rendu vraisemblable et l'intimée était fondée à dénier à la recourante le droit à des prestations dans le cadre de l'accident de ski du 16 mars 2017 à compter du 27 avril 2017.

Les moyens de la recourante à cet égard doivent être rejetés.

5. a) La recourante se prévaut encore d'une violation de l'obligation de renseigner par l'intimée.

b) aa) L'art. 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2, première phrase).

bb) Valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Une déclaration erronée peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (ou l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 9C_287/2017 du 22 août 2017 consid. 5.1). D'après la jurisprudence, il faut que le renseignement ait été donné sans réserve (a), que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (b), qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences(c), que l'administré n'ait pas pu se rendre compte

immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (d), que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (e), que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (f) et que l'intérêt à l'application du droit positif ne l'emporte pas sur la protection de la confiance (g) (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2 ; ATF 131 V 627 c. 6.1).

cc) Selon la jurisprudence constante, la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier représente une garantie de prestations de la caisse uniquement vis-à-vis de cet établissement. Elle a pour effet de dispenser l'assuré de fournir des sûretés ou des arrhes à ce dernier, mais elle ne constitue pas un engagement définitif de l'assureur envers l'assuré de prendre en charge les frais (ATF 127 V 43 consid. 3 ; 112 V 190 consid. 1 ; 111 V 31 consid. 3 ; TF 9C_61/2009 du 16 juillet 2009 consid. 5.2.1 ; TFA U 67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1). Seules des circonstances particulières permettent de donner à la garantie de paiement la portée d'un tel engagement (ATF 112 V 190 consid. 1 ; TF 9C_61/2009 du 16 juillet 2009 consid. 5.2.1 ; TFA U 67/04 du 13 juillet 2004 consid. 5.1).

c) Concernant la délivrance du document daté du 8 mai 2017, adressé à la Clinique D._____, on constate que l'intimée s'est engagée à prendre en charge le séjour hospitalier de l'assurée sous réserve des renseignements à venir. Ce document avait pour effet de dispenser la recourante de fournir des sûretés ou des arrhes à la clinique en question, mais il ne constituait pas un engagement définitif de l'intimée envers la recourante pour la prise en charge des frais. De plus, on constate qu'U._____ SA a réservé par écrit de plus amples renseignements médicaux qui ne lui ont pas été fournis, à tout le moins pas avant l'intervention chirurgicale. En effet, il ressort du protocole opératoire du 9 mai 2017 que les deux interventions au niveau des pieds correspondaient à un cas de maladie (cf. rapport du 15 mai 2017 du Dr C._____). Ces deux gestes représentaient d'un point de vue de la difficulté et de la durée à 70 %, l'intervention au niveau du genou ne représentant que 30 % de

l'avis du Dr F._____, qui n'a pas été remis en cause par l'assurée. Dès lors, les prestations de l'intimée étaient aussi exclues pour ce motif. Le fait que l'intimée ait eu connaissance du rapport d'IRM du 19 avril 2017 avant de délivrer le bon litigieux n'est d'aucun secours à la recourante dans la mesure où ledit rapport ne renseigne pas sur les interventions à effectuer lors de l'opération.

Il est indéniable que le manque de renseignement donné à l'assureur a eu un impact sur la délivrance du document daté du 8 mai 2017 à la Clinique D._____. Dans la mesure de la réserve faite par l'intimée, la recourante ne peut pas prétendre voir sa bonne foi protégée.

Ce moyen doit aussi être rejeté.

6. En définitive, il y a lieu de rejeter le recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens à la recourante, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 10 janvier 2018 par U._____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Flore Primault (pour A. _____),
- Me Patrick Moser (pour U. _____ 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 :