

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2017

Composition : M. NEU, président
M. Perdrix et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S._____, à R._____, recourante, représentée par Me Constantin Ruffieux, avocat à Bulle (FR),

et

SWICA Assurances SA, à Winterthour (ZH), intimée.

Art. 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Née en 1977, S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), a été engagée à compter du 1^{er} janvier 2013 en qualité de conseillère à la clientèle par la Banque F. _____. A ce titre, elle était assurée auprès de Swica Assurances SA (ci-après : Swica ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 7 mars 2016 adressée à Swica, l'assurée a annoncé qu'elle s'était blessée au genou « côté droite » le 20 février 2016 entraînant, comme type de lésions, des ligaments distendus. L'événement était décrit en ces termes :

« J'ai mal réceptionné un saut à ski et me suis fait mal au genou. »

L'assurée s'est rendue aux urgences de l'Hôpital M. _____ le 21 février 2016. Dans un rapport médical initial LAA du 25 mars 2016, la Dresse X. _____, médecin assistante, a indiqué que la consultation était motivée par une chute à ski avec sensation d'instabilité du genou gauche depuis lors. Elle a constaté une discrète tuméfaction du genou gauche. Le signe du glaçon était négatif. Il n'y avait pas de douleur à la palpation du genou et la mobilité était limitée en raison des douleurs. Les tests méniscaux et du tiroir n'ont pas montré de problème particulier. La Dresse X. _____ a diagnostiqué une contusion du genou gauche, sans retenir d'incapacité de travail.

Le 21 février 2016, le Dr P. _____, spécialiste en médecine nucléaire, a pratiqué une radiographie du genou gauche de l'assurée. Aucune lésion traumatique osseuse n'était visible sur les clichés réalisés. Seul un épanchement synovial était présent provoquant une opacité du récessus supra patellaire. Il n'y avait pas de souris articulaire radio-opaque visible ni signe de chondrocalcinose. Il n'y avait pas non plus de signe d'arthrose fémoro-tibiale. En revanche, il a noté une arthrose fémoro-patellaire débutante se manifestant par une sclérose sous-chondrale de la face articulaire de la rotule avec ostéophytose marginale supérieure et

inférieure de celle-ci. Le Dr P._____ a conclu son compte-rendu en ces termes :

« L'épanchement synovial peut en partie s'expliquer par la légère arthrose fémoro-patellaire, mais ne permet pas d'exclure un éventuel désordre interne du genou qui pourrait être mise en évidence au moyen d'un examen par IRM. »

Le 14 mars 2016, l'assurée a informé Swica qu'elle souhaitait se faire examiner par un orthopédiste, dès lors que son genou n'allait pas mieux. Elle a consulté le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Sur proposition du Dr N._____, une IRM du genou gauche native a été pratiquée en date du 15 avril 2016. Dans son compte-rendu du même jour, la Dresse H._____, cheffe de clinique au Département de radiologie de l'Hôpital V._____, a conclu à une « fracture non déplacée de la partie postérieure du plateau tibial externe. » Si aucune lésion méniscale n'a été mise en évidence, elle a en revanche relevé l'existence d'une « importante distorsion du ligament croisé antérieur sans argument en faveur d'une rupture. »

Le 20 avril 2016, le Dr N._____ a prescrit neuf séances de physiothérapie en raison d'une élongation du ligament croisé antérieur gauche sans rupture ainsi que d'une sciatgie aiguë gauche. Ce traitement avait pour but une amélioration des fonctions musculaire et articulaire. Il devait également favoriser la proprioception et la coordination avec un aspect analgésique et anti-inflammatoire.

En raison de douleurs à la hanche, l'assurée s'est soumise à une IRM de la colonne lombaire réalisée le 10 mai 2016. Dans son rapport daté du même jour, le Dr Z._____ a conclu à l'existence d'une « volumineuse hernie médiane et para-médiane gauche du dernier espace mobile associée à une bursite interépineuse au même niveau. »

Le 12 mai 2016, le Dr N._____ a requis un avis neurochirurgical en relation avec le dos de sa patiente. Il a précisé dans

son rapport médical intermédiaire LAA du 31 mai 2016 que le cas n'était pas stabilisé en raison d'une hernie discale décompensée.

Le 27 mai 2016, l'assurée est sortie de l'Hôpital D. _____ après y avoir été opérée en urgence de sa hernie discale.

Appelé à se déterminer sur le cas de l'assurée, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de Swica, s'est prononcé comme suit dans un rapport médical orthopédique du 23 juin 2016 :

« Le cas de Madame S. _____ m'a été présenté par la Swica, sur dossier. La déclaration d'accident bagatelle, datée du 7 mars 2016, mentionne que l'assurée travaille comme conseillère au service de la clientèle d'une banque. Le 20 février 2016, elle s'est mal réceptionnée suite à un saut à ski et elle s'est fait mal au genou droit. Elle a consulté le service des urgences de l'Hôpital M. _____. La Dresse X. _____, médecin assistant de l'Hôpital M. _____, dans son rapport médical initial, daté du 25 mars 2016, mentionne que les premiers soins ont été prodigués le 21 février 2016. Chute à ski avec sensation d'instabilité du genou gauche, depuis. Elle constate une discrète tuméfaction du genou gauche. Signe de glaçon négatif. Tiroirs et tests méniscaux sans problèmes. Elle diagnostique une contusion du genou gauche. Des radiographies n'ont pas été effectuées. Elle prescrit un traitement antalgique. Pas d'arrêt de travail prescrit. Un bilan radiologique standard du genou gauche a été effectué le 21 février 2016, au service de radiologie de l'Hôpital M. _____. Le Dr P. _____ conclut dans son rapport « l'épanchement synovial peut en partie s'expliquer par la légère arthrose fémoro-patellaire mais ne permet pas d'exclure un éventuel désordre interne du genou qui pourrait être mise en évidence au moyen d'un examen par IRM ». Dans son rapport, le Dr P. _____ décrit la présence d'une arthrose fémoro-patellaire avec sclérose sous-chondrale et ostéophytose marginale supérieure et inférieure. Pas de signe d'arthrose fémoro-tibiale.

L'assurée a été adressée au Dr N. _____, chirurgien orthopédiste à Q. _____. Ce collègue a demandé une IRM du genou gauche, laquelle a eu lieu le 15 avril 2016, au département de radiologie de l'Hôpital V. _____. Le Dr H. _____ conclut dans son rapport d'IRM « fracture non déplacée de la partie postérieure du plateau tibial externe. Pas de lésion méniscale mise en évidence. Importante distorsion du ligament croisé antérieur sans argument en faveur d'une rupture ».

Le 10 mai 2016, une IRM de la colonne lombaire a été effectuée en raison de l'apparition d'une sciatalgie gauche, évoluant depuis 3 semaines. Cet examen a eu lieu au Centre d'imagerie O. _____. Le Dr Z. _____, radiologue FMH, conclut dans son rapport « volumineuse hernie médiane et paramédiane gauche de dernier espace mobile associée à une bursite inter-épineuse au même niveau ».

Le Dr N._____, dans son rapport intermédiaire, daté du 31 mai 2016, diagnostique une contusion sévère du genou gauche, entorse grade I du LCA. Hernie discale L4-L5 décompensée, sans trouble neurologique. Il décrit une évolution bonne pour le genou avec un bon pronostic. Il a référé l'assurée en neurochirurgie où elle sera opérée.

On peut donc conclure que suite à sa chute à ski, survenue le 20 février 2016, Madame S._____ a eu un traumatisme du genou gauche avec une fracture non déplacée de la partie postérieure du plateau tibial externe et une distorsion, sans rupture, du ligament croisé antérieur, qui ont été traités de façon conservatrice avec une évolution favorable.

Durant le mois d'avril, c'est-à-dire environ 2 mois après l'accident, elle a développé une sciatgie gauche. L'examen IRM, effectué en mai 2016, a montré une volumineuse hernie discale qui a dû être opérée en urgence.

Le mécanisme de l'accident n'est pas susceptible d'avoir provoqué cette hernie discale sur un disque sain. Les symptômes sont apparus plusieurs semaines après l'événement en cause. Il n'y a pas de lien de causalité probable entre l'événement en cause et l'apparition de cette hernie discale.

[Salutations] »

Par décision du 1^{er} juillet 2016, Swica a refusé d'intervenir pour les troubles du dos présentés par l'assurée au motif que, selon le Dr J._____, ils ne pouvaient être imputés à l'accident du 20 février 2016 mais devaient être considérés comme de nature exclusivement malade.

En date du 12 juillet 2016, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle a fait valoir que lors de la consultation du 21 février 2016 aux urgences de l'Hôpital M._____, la gravité de la lésion de son genou aurait été sous-estimée. Sans qu'un arrêt de travail ne lui ait été prescrit, elle a néanmoins poursuivi ses activités professionnelles et sportives en compensant la faiblesse du genou gauche, ce qui a provoqué des douleurs dorsales. Celles-ci ayant irradié dans la fesse et dans la cuisse, elle s'est soumise à une IRM qui a révélé la présence d'une hernie discale importante. Ayant enfin précisé qu'elle était sportive et que sa musculature dorsale était bonne, l'assurée a fait observer que ses douleurs dorsales et dans la cuisse n'étaient apparues qu'à la suite de son accident du 20 février 2016.

Statuant le 3 août 2016, Swica a rejeté l'opposition et maintenu sa décision initiale. Elle a considéré que les circonstances de l'accident n'étaient pas en elles-mêmes susceptibles de provoquer une hernie discale sur un disque sain. En outre, les symptômes étaient apparus plusieurs semaines après l'événement en cause. Par ailleurs, les symptômes de la hernie discale n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail immédiatement après l'accident. Quant au Dr J._____, il a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité probable entre l'accident du 20 février 2016 et l'apparition de la hernie discale. En l'absence de lien de causalité avéré, Swica n'était donc pas tenue de prendre en charge les prestations relatives aux troubles dorsaux annoncés.

B. Par acte du 14 septembre 2016, S._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont elle a demandé, sous suite de frais et dépens, l'annulation. A titre principal, elle a conclu à ce que le droit aux prestations en relation avec l'accident du 20 février 2016 lui soit reconnu et, subsidiairement, au renvoi du dossier à Swica pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante s'est en substance attachée à soutenir, à la lumière du suivi médical dont elle a été l'objet et en se référant à divers arrêts ainsi qu'à des sites internet, que l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé présentée était vraisemblable. Elle a plus particulièrement critiqué le rapport du Dr J._____ en relevant qu'il n'avait pas pris en compte les douleurs exprimées dans les mois ayant suivi sa chute. Il ne s'était en outre fondé sur aucun examen approfondi mais seulement sur les résultats des deux examens d'imagerie des 15 avril et 10 mai 2016 lesquels concernaient au demeurant deux parties différentes du corps. Il n'avait pas non plus pris en considération le fait qu'elle était sportive accomplie et qu'elle ne s'était jamais plainte avant l'accident en cause de douleurs, tant au niveau du dos que de la hanche. En n'ayant pas sollicité les rapports des médecins ayant examiné l'assurée et en renonçant à procéder lui-même à un tel examen, le Dr J._____ n'avait pas été en mesure de se prononcer valablement sur le lien de causalité entre l'accident de ski et la hernie discale. Au vu de son caractère incomplet, le

rapport du médecin-conseil ne revêtait donc pas de valeur probante et Swica ne pouvait par conséquent pas se fonder sur les conclusions y figurant pour refuser le service de ses prestations. A défaut d'une appréciation claire de la situation médicale, la recourante a ainsi sollicité la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.

A l'appui de ses allégations, elle a produit un bordereau de pièces qui contenait notamment une attestation du 24 août 2016 du Dr B._____, spécialiste en médecine générale, lequel confirmait que l'intéressée ne s'était pas plainte de lombalgies ni de gonalgies avant l'événement du 20 février 2016 mais que depuis lors elle présentait des douleurs de type lombo-sciatalgie surtout à gauche. Y figurait également un rapport du 1^{er} septembre 2016 du Dr N._____ qui faisait observer qu'il était selon lui « tout à fait vraisemblable que le choc violent entraîné lors de la chute ait pu entraîner cette hernie discale lombaire. »

Dans sa réponse du 4 octobre 2016, Swica a relevé que les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une hernie discale puisse être imputée à un accident n'étaient en l'occurrence pas remplies : la chute à ski ne revêtait pas une importance particulière ; le mécanisme de l'accident n'était pas, selon le Dr J._____, de nature à provoquer cette hernie discale sur un disque sain ; quant aux douleurs dorsales, elles n'étaient apparues qu'au mois d'avril 2016 et les douleurs à la hanche n'étaient pas assimilables à des douleurs lombaires. Le fait que le Dr J._____ ait considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité probable entre l'événement du 20 février 2016 et la hernie discale avait pour conséquence que le lien de causalité ne pouvait être tenu pour établi. L'intimée a fait ensuite observer que les éléments avancés par la recourante ne lui étaient d'aucun secours. En effet, dans un des arrêts cités, la hernie discale s'était manifestée immédiatement après l'accident, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Quant au rapport du Dr B._____, il se fondait sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », ce qui ne permettait pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité naturelle. En définitive, les documents produits et cités par la recourante ne contenaient aucun élément concret susceptible

de faire admettre que la hernie discale était apparue immédiatement après l'accident du 20 février 2016. Dans ces conditions, l'appréciation de l'intimée n'était pas remise en cause, si bien qu'elle concluait au rejet du recours.

En réplique du 28 novembre 2016, la recourante a derechef contesté toute valeur probante à l'évaluation du Dr J._____ en mettant en exergue diverses contradictions et erreurs entachant selon elle la crédibilité de son rapport du 23 juin 2016. Sur le fond, elle a fait remarquer que l'existence d'un lien de causalité entre l'événement de caractère accidentel et l'apparition de l'affection devait être reconnue, dès lors que le temps de latence était en l'occurrence inférieur au délai de six à huit semaines prévu par la jurisprudence. Ayant encore formulé diverses réquisitions de preuves, la recourante a intégralement maintenu ses conclusions.

Dupliquant en date du 20 décembre 2016, l'intimée a maintenu que les griefs avancés par la recourante n'entraînaient pas de doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le Dr J._____. Dès lors, son rapport - qui se fondait sur le dossier médical constitué - se révélait probant. A cela s'ajoutait que, selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport médical ne dépendait pas d'un examen personnel de l'assuré. S'agissant du lien de causalité naturelle, elle a répété que, dans la mesure où les symptômes de la hernie discale n'étaient pas apparus immédiatement après l'accident, l'existence d'un tel lien devait être niée.

Se déterminant une ultime fois par pli du 13 février 2017, la recourante a réitéré ses arguments quant à la valeur probante du rapport du Dr J._____ et quant à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 20 février 2016 et les symptômes présentés. Elle a confirmé la teneur de ses écritures du 14 septembre 2016 et du 28 novembre 2016.

Cette écriture a été transmise pour information à l'intimée, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresse, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté en temps utile, le recours satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

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 statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'événement du 20 février 2016.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (cf. les dispositions transitoires relatives à cette modification in : RO 2016 4388) ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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. 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 les références citées ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 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_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

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 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accident obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929).

c) 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 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 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, comme c'est le cas en l'espèce, 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. 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).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

5. a) En l'espèce, la recourante soutient qu'il existe un lien de causalité entre la chute à ski dont elle a été victime le 20 février 2016 et la hernie discale qui s'est développée dans les semaines qui ont suivi.

De son côté, l'intimée se fonde sur l'avis du 23 juin 2016 de son médecin-conseil, le Dr J._____, pour contester l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement en cause et la symptomatologie alléguée. Elle estime par ailleurs que les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une hernie discale puisse être imputée à un accident ne sont en l'occurrence pas réalisées.

Cela étant, il convient de déterminer préalablement si les rapports médicaux versés au dossier de la recourante permettent de se prononcer sur le lien de causalité litigieux entre la chute à ski du 20 février 2016 - dont l'intimée convient expressément qu'elle constitue un accident non professionnel - et les troubles présentés. Singulièrement, il s'agit de déterminer si un complément d'instruction tel que requis par la recourante, éventuellement sous la forme d'une expertise conduite par un médecin spécialiste externe à l'assurance, se justifie.

b) Les rapports médicaux figurant au dossier évoquent différents diagnostics susceptibles d'expliquer les troubles allégués. Toutefois, aucun de ces praticiens ne se prononce sur le lien de causalité éventuel entre l'accident du 20 février 2016 et l'atteinte à la santé présentée. L'intimée ne les a d'ailleurs pas spécifiquement interrogés à ce sujet, ayant rendu la décision du 1^{er} juillet 2016 et la décision sur opposition du 3 août suivant uniquement sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr J._____.

S'agissant de la détermination de ce dernier, contenue dans son avis du 23 juin 2016, force est de constater que ce document ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 4b supra) pour se voir conférer pleine valeur probante. Outre que le Dr J._____ n'a procédé à aucun examen clinique de la recourante, ce qui ne lui a pas permis de rendre compte de ses plaintes, il s'est contenté d'un bref récapitulatif des avis médicaux au dossier avant de formuler une conclusion pour le moins lapidaire, puisque tenant en quelques lignes seulement. Celle-ci consiste à mettre en doute le lien de causalité entre l'accident du 20 février 2016 et la pathologie dont se plaint la recourante. Quoi qu'en dise l'intimée, l'évaluation à laquelle le médecin-conseil a procédé laisse subsister plusieurs interrogations sur l'origine des problèmes allégués par l'assurée et ne saurait dès lors emporter la conviction quant à l'exclusion d'un éventuel lien de causalité.

Des pièces au dossier, il ressort que la lésion au genou a été considérée, dans un premier temps, comme une discrète tuméfaction

avant que l'IRM du 15 avril 2016 n'ait révélé une fracture du plateau tibial externe ainsi qu'une importante distorsion du ligament croisé antérieur. Par la suite, l'IRM du 10 mai 2016 a mis en évidence une volumineuse hernie médiane et para-médiane gauche avec sciatgie associée à une bursite inter-épineuse au même niveau. Or, à la lecture de son rapport, on ne voit pas que le Dr J. _____ ait procédé à une analyse des rapports d'imagerie des 15 avril et 10 mai 2016 ni n'ait discuté le point de vue du Dr N. _____ tel qu'exprimé dans son rapport du 31 mai 2016, selon lequel la recourante présenterait une hernie discale L4-L5 décompensée avec des troubles neurologiques avec la précision que, selon lui, le cas n'était alors pas stabilisé. En d'autres termes, l'évaluation du Dr J. _____ n'explique pas clairement, à partir d'une chute à ski telle que celle subie par la recourante le 20 février 2016, le processus médical par lequel une lésion au genou a pu, le cas échéant, conduire à l'apparition d'une hernie discale, laquelle a de surcroît nécessité une intervention chirurgicale en urgence quelques semaines plus tard. Dans cette mesure, il appert que les conclusions du médecin-conseil sont insuffisamment motivées.

Enfin, le dossier constitué ne contient aucun document relatif à l'intervention chirurgicale subie par l'assurée au mois de mai 2016 en relation avec sa hernie discale, de sorte que le médecin-conseil n'a pas été en mesure de se prononcer à ce sujet. A cela s'ajoute que, selon ses dires, la recourante a été suivie auprès de divers thérapeutes (médecins, masseur, naturopathe) ensuite de son accident du mois de février 2016 sans que ne figure au dossier administratif l'avis de ces derniers.

c) L'avis sur dossier du Dr J. _____ n'a ainsi pas été établi en pleine connaissance du dossier, ne prend pas en considération les plaintes de la recourante et ne discute pas les éléments médicaux recueillis au cours de la procédure administrative. Il ne dispose donc pas d'une valeur probante suffisante pour trancher les points litigieux. Les autres rapports médicaux ne permettent pas non plus, à eux seuls, de déterminer ce qu'il en est. Dès lors, force est de constater que l'instruction menée sur le plan médical ne permet pas de se prononcer en l'état du dossier.

En l'occurrence, au vu du caractère lacunaire de l'instruction et des incertitudes subsistant quant à l'étiologie accidentelle des symptômes allégués par la recourante, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière suffisamment précise. 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 (cf. considérant 4a supra) -, pour qu'elle en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les documents manquants (cf. considérant 5b supra), de désigner un expert conformément à la procédure de l'art. 44 LPGA et de l'inviter, en lui soumettant l'intégralité du dossier, à se déterminer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante depuis l'accident litigieux, sur leur origine accidentelle ou non, sur l'influence éventuelle des atteintes à la santé d'origine accidentelle sur la capacité de travail de l'assurée, ainsi que sur le point de savoir si un traitement est encore requis. En particulier, l'expert devra déterminer si la hernie discale ayant motivé l'opération du mois de mai 2016 est d'origine accidentelle, autrement dit, si cette affection peut être imputée à la lésion au genou causée par la chute à ski dont l'assurée a été victime en date du 20 février 2016.

Cela fait, il appartiendra à l'intimée, sur la base des données ainsi recueillies, de rendre une nouvelle décision.

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

7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'500 fr. compte tenu de l'importance et de la

complexité du litige et mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 août 2016 par SWICA Assurances 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 judiciaires.
- IV. SWICA Assurances SA versera à S._____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Constantin Ruffieux, avocat (pour S._____),
- Swica Assurances 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 :