

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 décembre 2022

---

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**M.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 6 LAA ; art. 94 al. 1 let. a LPA-VD.**

## **E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], exerçant une activité d'employée à domicile, est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la M.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la M.\_\_\_\_\_, l'assureur-accidents ou l'intimé).

Le 18 février 2018, l'assurée a eu un accident de ski, lors duquel elle s'est tordu le genou gauche, avec le ski gauche en l'air et une sensation de craquement (rapport médical initial du 1<sup>er</sup> mars 2018 et rapport médical détaillé sur le genou du 4 avril 2018 complétés par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin praticien). Le 20 février 2018, elle a consulté le Dr D.\_\_\_\_\_, qui a indiqué dans le rapport du 4 avril 2018 susmentionné qu'elle avait ressenti un claquage « Knall », qu'elle avait présenté des douleurs immédiates et fortes, les douleurs diminuant toutefois au fil des jours, et qu'elle ne présentait pas de gonflement du genou. Ce médecin a diagnostiqué une entorse simple du genou. A l'anamnèse, il a indiqué que l'assurée ne présentait ni douleur ni problème au genou avant cet évènement, qu'il n'y avait pas eu d'opération et que la jambe en question n'avait pas été accidentée auparavant. A l'examen clinique, le médecin constatait que sa patiente boitait, que la mobilité de son genou en flexion/extension était limitée, qu'il y avait des douleurs à la palpation et en torsion, mais pas d'épanchement articulaire.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail du 20 février au 11 mars 2018. L'incapacité de travail s'est poursuivie jusqu'au 28 avril 2018 (certificats médicaux des 9 et 27 mars 2018 rédigés par le Dr C.\_\_\_\_\_, du Centre [...]).

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée le 9 mars 2018 à la demande du Dr C.\_\_\_\_\_, au terme de laquelle le radiologue a conclu à une discrète tuméfaction de l'aileron rotulien interne.

Dans un rapport médical du 19 juin 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse du ligament latéral interne gauche, sans éléments étrangers à l'accident du 18 février 2018, estimant que l'on pouvait considérer que le statu quo ante / sine était atteint depuis le 29 avril 2018, soit deux mois après la fin du traitement.

Par certificat médical du 25 mai 2018, la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a attesté une incapacité de travail de l'assurée du 25 mai au 4 juin 2018.

Dans un avis médical du 27 juin 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin-conseil de M.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de torsion du genou gauche sans lésion structurelle à l'IRM, sans éléments étrangers à l'accident et indiqué que le statu quo ante était atteint six à douze semaines après l'évènement. Il a ajouté que l'incapacité de travail en lien avec l'accident était de 4 à 6 semaines.

Par certificat médical du 6 juin 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assurée était en arrêt de travail à 100% du 6 juin au 6 juillet 2018.

Dans un rapport médical du 8 juillet 2018, la Dresse T.\_\_\_\_\_, a exposé que l'assurée l'avait consultée en urgence car elle présentait une exacerbation des gonalgies gauches suite à une infiltration de stéroïdes réalisée par le Dr J.\_\_\_\_\_.

Par rapport du 27 juillet 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué que les gonalgies qui persistaient étaient en lien avec l'évènement du 18 février 2018 et que l'incapacité de travail de travail de 100% se poursuivait jusqu'au 8 août suivant. Dans un certificat médical du 8 août 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de l'assurée à 50% jusqu'au 5 septembre 2018.

Dans une décision du 5 septembre 2018, M.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurée qu'elle prenait en charge ses frais médicaux jusqu'au 13 mai

2018, faute de lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles qui persistaient au-delà cette date, vu le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ et l'IRM du 9 mars 2018 qui ne montrait pas de lésions structurelles en lien avec l'accident.

Le 5 octobre 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision avec l'aide de la Dresse T.\_\_\_\_\_, faisant valoir que les douleurs persistantes étaient liées à la tuméfaction de l'aileron rotulien interne révélée à l'IRM du 9 mars 2018 en rapport avec l'accident. Elle a exposé que malgré des traitements à base de physiothérapie et d'infiltration, sa patiente ressentait toujours des douleurs à son genou gauche, ajoutant que si le cas relevait de la maladie comme le prétendait l'assureur-accidents, l'IRM devrait montrer des anomalies sans lien avec l'accident. Or il n'y en avait aucune.

Une scintigraphie osseuse des genoux a été réalisée le 23 octobre 2018 à la demande du Dr J.\_\_\_\_\_. Par rapport du 24 octobre 2018, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu que l'examen scintigraphique évoquait une contusion du condyle fémoral médial du genou gauche, à proximité du chef médial du muscle gastrocnémien, sans fracture de l'os spongieux décelée. Il n'y avait par ailleurs pas d'évidence scintigraphique pouvant parler pour une algoneurodystrophie, le radiologue précisant qu'une telle atteinte ne pouvait être exclue sur la seule base de la scintigraphie.

Par courrier du 23 janvier 2019, M.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurée qu'elle avait à nouveau soumis son cas à son service médical et qu'elle annulait sa décision du 5 septembre 2018.

Par courrier du 22 janvier 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la M.\_\_\_\_\_, a fait savoir à la Dresse T.\_\_\_\_\_ qu'il suspectait fortement une lésion du ligament croisé antérieur vu l'IRM du 9 mars 2018 et qu'il y avait lieu d'adresser sa patiente à un chirurgien-orthopédiste afin de vérifier cette hypothèse. La

Dresse T.\_\_\_\_\_ a adressé l'assurée au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Une nouvelle IRM a été réalisée le 27 mars 2019 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, et adressée au Dr X.\_\_\_\_\_. Le Dr [...] a conclu à la présence d'une discrète altération de la base du ménisque interne à la jonction entre le corps méniscal et la corne postérieure, avec une petite zone de contusion, sans déchirure évidente. Il y avait également une tendinopathie insertionnelle du tendon rotulien sur la rotule et une ébauche de remaniement inflammatoire de l'insertion de la patte d'oie sur le tibia. S'agissant des ligaments croisés antérieurs et postérieurs, le radiologue a indiqué qu'ils étaient préservés. Dans un rapport médical du 4 avril 2019 à la Dresse T.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs de la patiente étaient sous-rotuliennes internes comme juste après son accident et que la nouvelle IRM mettait en évidence un œdème postéro-interne difficile à expliquer puisque l'accident remontait à plus d'une année. Il persistait par ailleurs une tendinite du tendon rotulien mais la patte d'oie n'était plus douloureuse à la palpation. Le médecin avait prescrit des anti-douleurs à l'assurée et ne retenait pas pour l'instant d'indication à une arthroscopie.

Par certificat médical du 18 juillet 2019, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travail du 18 juillet au 1<sup>er</sup> août 2019.

L'assurée a ensuite consulté le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour un deuxième avis au sujet de ses douleurs au genou gauche. Dans son rapport du 14 août 2019, ce médecin a suspecté une déchirure méniscale interne du genou ou un ménisque hypermobile et un plica para-patellaire médial post-traumatique. Il a dès lors proposé à l'assurée la réalisation d'une arthroscopie exploratrice à la recherche d'une lésion méniscale et d'un plica para-patellaire médial. En fonction des résultats de cette opération, une ménisectomie partielle ou une suture méniscale serait indiquée.

L'arthroscopie du genou gauche a été réalisée le 23 septembre 2019. Selon le protocole opératoire daté du même jour, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a libéré un gros plica para patellaire médial inflammatoire faisant conflit avec le condyle fémoral médial. Il en ressort également que les ménisques internes et externes étaient sans particularité, de même que les ligaments croisés postérieurs et antérieurs. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travailler de l'assurée du 23 septembre au 6 octobre 2019, puis jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2019. Dans un rapport du 3 octobre 2019 à Y. \_\_\_\_\_, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au status actuel, il y avait une arthrofibrose associée à une hémarthrose ainsi qu'une importante atrophie musculaire.

Par avis médical du 17 décembre 2019, le Dr O. \_\_\_\_\_ a exposé que les découvertes faites lors de l'arthroscopie du genou gauche ne montraient pas de lésions traumatiques contrairement à ce que pouvait laisser suspecter l'IRM du 9 mars 2018. Celle réalisée le 27 mars 2019 ne montrait pas non plus de séquelle accidentelle, et en particulier la plica synoviale interne était d'origine malade.

Par décision du 20 décembre 2019, la M. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle prenait en charge le cas jusqu'au 27 mars 2019, date à laquelle le statu quo sine, soit l'état que le genou gauche aurait atteint l'accident, était atteint. Elle s'est fondée sur l'avis du 17 décembre 2019 du Dr O. \_\_\_\_\_.

Dans un courrier du 17 janvier 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision, en faisant valoir qu'avant son accident de ski, elle n'avait jamais eu de problème de genou et en se référant à un rapport du 16 janvier 2020 du Dr Y. \_\_\_\_\_ qu'elle a produit. Dans ce rapport, le médecin expliquait qu'un plica para patellaire était un repli à l'intérieur du genou d'origine embryonnaire qui pouvait parfois générer un conflit mécanique à la flexion-extension du genou devenant symptomatique. Il était également décrit dans la littérature médicale qu'un plica para patellaire pouvait devenir symptomatique à la suite d'un traumatisme qui causait une déchirure partielle ou un épaissement de ce repli, lequel

déclenchait un conflit mécanique. Il était donc d'avis qu'il s'agissait d'un évènement post-traumatique dans le cas de l'assurée puisqu'elle s'était fait une entorse à ski.

Dans un avis du 11 février 2020, le Dr O.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

*Effectivement, la plica est d'origine embryonnaire, donc malade. Effectivement, si cette plica est traumatisée, elle peut devenir symptomatique mais le seul traumatisme compatible est le choc direct. Dans le cas particulier, l'assurée a fait une torsion du genou qui ne provoque généralement pas de lésion synoviale. L'expérience montre que lorsqu'une plica est décompensée par un traumatisme, il s'y associe des lésions cartilagineuses sous-jacentes à l'emporte-pièce traduisant la contusion. Or ces lésions ne sont présentes ni à l'anamnèse ni à l'examen IRM confirmé par l'arthroscopie.*

La M.\_\_\_\_\_ a rendu une décision sur opposition le 14 février 2020, confirmant sa décision du 20 décembre 2019.

**B.** Par acte du 9 mars 2020, V.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision sur opposition du 14 février 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à ce que son cas soit considéré comme un accident et non pas comme une maladie. Elle expose en particulier ne pas comprendre pourquoi le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé que son cas était une maladie en septembre 2018, puis le Dr O.\_\_\_\_\_ un accident en janvier 2019, avant de revenir sur sa décision en janvier 2020 pour considérer qu'il s'agissait d'une maladie. Elle ajoute qu'après son accident, elle avait présenté des difficultés pour monter et descendre des escaliers et se tenir debout durant de longues périodes, raison pour laquelle elle estime que son cas ne doit pas être considéré comme une maladie. Il n'est, selon elle, pas correct de qualifier son cas de maladie, dès lors que ses médecins traitants affirment qu'il s'agit d'un accident.

Dans une prise de position du 26 mai 2020, le Dr O.\_\_\_\_\_ expose qu'une IRM est un examen indirect d'une articulation ou d'une partie du corps, que les diagnostics posés ainsi ne sont pas totalement sûrs, car il existe parfois de fausses images et certaines lésions peuvent ne pas être décelées à l'IRM. Une arthroscopie est un examen direct de

l'articulation et permet de voir les vraies lésions. Il s'agit d'une méthode supérieure à l'IRM en termes de diagnostic. Le Dr O.\_\_\_\_\_ expose ensuite que sa décision initiale s'est fondée sur l'IRM, qui laissait suspecter une lésion méniscale et du ligament croisé antérieur d'origine traumatique, mais que l'arthroscopie du 23 septembre 2019 n'a confirmé ni lésion méniscale ni lésion de ce ligament. Elle a toutefois révélé la présence d'une plica synoviale d'origine malade et non visible à l'IRM.

Dans sa réponse du 8 juin 2020, la M.\_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sur opposition litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), le recours est intervenu en temps utile et respecte les autres conditions de recevabilité prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière au fond.

**b)** Dès lors que le litige porte sur la prise en charge du traitement médical d'une gonalgie postérieurement au 27 mars 2019, avec une arthroscopie réalisée en septembre 2019 suivie d'une amélioration des symptômes, avec un traitement antalgique de soutien et compte tenu du fait que le Dr Y.\_\_\_\_\_ atteste d'une pleine reprise du travail à fin octobre 2019, la valeur litigieuse ne dépasse pas 30'000 francs. La procédure relève donc de la compétence d'un juge de la Cour des assurances sociales statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36])

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations le 28 mars 2019.

**3. a)** D'après l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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).

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\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références). Le fardeau de la

preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

**c)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**4.** En l'occurrence, l'assurée a subi une entorse au genou gauche lors de l'accident de ski du 18 février 2018. Sur la base de l'IRM réalisée le 9 mars 2018, mettant en évidence une discrète tuméfaction de l'aileron rotulien interne, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la M.\_\_\_\_\_, a indiqué, dans son rapport du 27 juin 2018, que le statu quo ante avait été atteint six à douze semaines après l'accident, à savoir le 18 mai 2018. Toutefois, vu la persistance des douleurs, l'assurée a de nouveau consulté des médecins, en particulier la Dresse T.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_, lesquels ont indiqué que les gonalgies résiduelles étaient toujours en lien avec l'évènement du 18 février 2018 (rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ du 27 juillet 2018 et de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2018). Vu ces éléments

mettant en doute les conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_, la M.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois soumis le cas à un médecin-conseil, le Dr O.\_\_\_\_\_, en janvier 2019. Procédant à une nouvelle analyse de l'IRM du 9 mars 2018, ce médecin a suspecté la présence de lésions d'origine traumatique, en particulier une lésion du ligament croisé antérieur et une lésion méniscale, et indiqué qu'il fallait vérifier cette hypothèse. Une seconde IRM a donc été réalisée le 27 mars 2019, dont il ressort que « les ligaments croisés antérieurs et postérieurs sont préservés ». Cette IRM a toutefois mis en évidence une discrète altération de la base du ménisque interne, avec une petite zone de contusion, une tendinopathie insertionnelle du tendon rotulien et une ébauche de remaniement inflammatoire de l'insertion de la patte d'oie sur le tibia. Or, d'après le Dr O.\_\_\_\_\_, il ne s'agit pas de lésions accidentelles (cf. son avis du 17 décembre 2019). Il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions de ce médecin, dans la mesure où elles reposent sur l'analyse de l'IRM du 27 mars et ne sont remises en cause par aucune pièce du dossier. Finalement, le Dr O.\_\_\_\_\_ a expliqué de manière claire et convaincante pourquoi il s'écartait de l'avis du Dr Y.\_\_\_\_\_, lequel a estimé que la plica mise en évidence lors de l'arthroscopie du 23 septembre 2019 était d'origine accidentelle. En effet, le Dr O.\_\_\_\_\_ a exposé qu'une torsion du genou telle que celle que l'assurée avait subi n'entraînait habituellement pas d'atteinte synoviale et que l'expérience montrait que lorsqu'une plica était décompensée par un traumatisme, il s'y associait des lésions cartilagineuses sous-jacentes traduisant la contusion. Or, dans le cas de l'assurée, de telles lésions n'étaient présentes ni à l'anamnèse, ni à l'IRM confirmée par l'arthroscopie. L'avis du Dr Y.\_\_\_\_\_ est quant à lui essentiellement fondé sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », puisqu'il considère la plica comme accidentelle dès lors qu'elle est apparue après l'accident de ski. Or, de jurisprudence constante, cela ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle avec l'accident (cf. supra consid. 3). Il en va de même de l'argument de la recourante qui expose avoir présenté des difficultés à monter et descendre des escaliers et à se tenir debout après son accident de ski. Là encore, il faut rappeler que 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 entre les douleurs et l'accident.

Vu ce qui précède, c'est au terme d'une instruction complète - la seconde IRM du 27 mars 2019, confirmée par l'arthroscopie du 23 septembre 2019, ayant permis d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante la présence de lésions accidentelles et révélant la présence d'une plica d'origine malade - et sur la base d'avis médicaux du Dr O.\_\_\_\_\_ dûment motivés, que la M.\_\_\_\_\_ a établi la disparition, à partir du 28 mars 2019, d'un rapport de causalité naturelle entre les douleurs subsistant au genou gauche de l'assurée et l'événement du 18 février 2018. C'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations dès le 28 mars 2019, le cas de l'assurée relevant dès lors de l'assurance-maladie.

**5. a)** Dès lors, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

**b)** La LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires pour les litiges en matière de prestations (cf. art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

**c)** La recourante, ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel et n'obtenant pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 14 février 2020 par M.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.

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

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- V. \_\_\_\_\_,
- M. \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :