

200.2018.36.LAA

N° AVS  
ANP/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 20 juillet 2019**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
P. Annen-Etique, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

**Suva**  
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne  
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 27 novembre 2017



**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, née en 1957, travaille depuis le 12 décembre 2002 pour le compte d'une institution pour personnes en situation de handicap où elle est engagée à un taux de 35% en tant que maîtresse socio-professionnelle (MSP) remplaçante au sein d'un atelier d'occupation; elle est par ailleurs professeur de fitness. Par le biais de l'institution précitée, elle est assurée auprès de la Suva pour les accidents professionnels et non professionnels.

Dans une déclaration de sinistre LAA remplie le 10 mai 2016, l'intéressée, par l'intermédiaire de son employeur, a annoncé à la Suva qu'elle s'était blessé au dos en chutant le 3 mai 2016 à son lieu de travail. Selon ses indications complémentaires du 26 mai 2016, après avoir ouvert une fenêtre, l'assurée a entendu les cris d'une résidente qui avait vu la fenêtre pivoter et, percevant elle-même un danger, elle a "plongé et chuté" au sol. Les premiers soins ont été prodigués par le médecin de famille, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, qui a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 3 mai 2016. La Suva a admis sa responsabilité pour le syndrome lombo-vertébral annoncé comme suite accidentelle.

**B.**

Après sa reprise du travail le 30 mai 2016, l'assurée a à nouveau été en arrêt de travail du 27 juin au 17 juillet 2016. A raison de gonalgies droites persistantes, elle a été soumise le 19 septembre 2016 à une imagerie par résonance magnétique (IRM) au genou droit qui a fait état d'une déchirure du ménisque interne. Une arthroscopie pratiquée le 19 décembre 2016 a exclu une telle lésion et a mis en évidence des chondrites au niveau fémoro-tibial et rotulien. Un second chirurgien orthopédique consulté à fin mars 2017 a quant à lui suspecté une problématique d'impingement des tissus mous para-patellaires (plica) et organisé une nouvelle IRM, semble-t-il pratiquée le 21 septembre 2017.

En date du 20 avril 2017, la Suva a eu un entretien avec l'intéressée à son domicile concernant le déroulement de l'accident. Dans un courrier du 26 avril 2017, la Suva a exclu un lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'événement du 3 mai 2016 et l'atteinte au genou droit, et a invité l'assurée à s'annoncer dès le 18 juillet 2016 à son assurance-maladie. Le 17 juillet 2017, l'intéressée a rempli un nouveau questionnaire en lien avec l'accident incriminé. Réentendue le 14 septembre 2017 sous menace des sanctions pénales encourues en cas de renseignements inexacts ou de manœuvres frauduleuses en vue d'obtenir des prestations non dues, elle a confirmé sa version des faits du 20 avril 2017.

### **C.**

Par décision du 19 septembre 2017, la Suva, pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans son courrier du 26 avril 2017, a refusé à l'assurée la prise en charge des coûts liés aux soins pour son atteinte au genou droit. En date du 20 octobre 2017, l'intéressée, alors représentée par un avocat auprès d'une assurance de protection juridique, a formé opposition contre cette décision en invoquant l'avis de son second chirurgien considérant qu'un traumatisme subi le 3 mai 2016 dans la partie antéro-médiale du genou droit expliquait ses actuelles gonalgies.

S'appuyant sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, la Suva a rejeté cette opposition à l'appui d'une nouvelle décision rendue le 27 novembre 2017.

Le 11 décembre 2017, l'assurée a subi une nouvelle arthroscopie lors de laquelle lui a été réséquée la plica médio-patellaire.

### **D.**

Par acte du 12 janvier 2018, l'intéressée, représentée par un avocat inscrit au barreau, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 27 novembre 2017 et à ce qu'il soit dit et déclaré

que l'affection litigieuse, qui nécessite actuellement toujours un traitement médical, engage la responsabilité de l'intimée, respectivement que cette dernière soit condamnée à prendre en charge les coûts de ce traitement ainsi que toutes autres prestations légales dues, en particulier les indemnités journalières. Dans sa réponse du 14 février 2018, la Suva a conclu au rejet du recours sous suite de dépens. Le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires datée du 13 mars 2018.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition rendue le 27 novembre 2017 par la Suva représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme le refus de cette assurance de considérer les gonalgies droites invoquées par la recourante comme suites de l'accident du 3 mai 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la prise en charge par l'intimée des conséquences de cette atteinte médicale. Est en particulier contestée l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva estimant que les troubles au genou droit sont en relation de causalité au mieux possible avec l'événement incriminé du 3 mai 2016.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1

let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPG; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

**1.5** Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

## **2.**

**2.1** En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue de prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

**2.2** Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres

facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

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 tribunal en cas de recours - examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Les exigences en matière de preuve de la causalité naturelle ne se recouvrent pas toujours en médecine et en droit. Il se peut dès lors qu'un lien de causalité naturelle soit admis juridiquement sur la base de l'expérience en médecine (des accidents), bien qu'une preuve incontestable ne puisse pas être apportée par la science médicale (ATF 117 V 369 c. 3e).

**2.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve,

ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

### **3.**

**3.1** A l'appui de sa décision sur opposition contestée, la Suva a laissé ouverte la question de la causalité naturelle entre l'événement incriminé et les plaintes au genou droit, au motif que l'existence d'une causalité adéquate devait être ici niée en vertu de la jurisprudence applicable en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Dans sa réponse, elle s'est cependant exprimée sur la causalité naturelle en réfutant les conclusions du rhumatologue traitant et du second chirurgien orthopédique qui imputaient les gonalgies à l'accident du 3 mai 2016. Selon la Suva, ces médecins fondent leurs conclusions sur des prémisses factuelles inexactes à mesure qu'à l'encontre des propres déclarations de l'assurée, ils retiennent qu'un traumatisme s'est produit au genou droit lors de l'événement du 3 mai 2016. Se ralliant à l'avis de son médecin d'arrondissement, l'intimée estime ces conclusions en outre contredites par le résultat de l'arthroscopie du 19 décembre 2016 n'ayant révélé aucune

lésion structurelle imputable à une contusion ou à une entorse du genou droit, mais des troubles à caractère dégénératif (chondrites) uniquement.

La recourante fait pour sa part grief à la Suva d'avoir rendu une décision prématurée dès lors que son état de santé nécessite encore des soins médicaux et qu'elle a subi une nouvelle opération le 11 décembre 2017. Elle considère qu'une expertise indépendante s'avère indispensable au vu des avis "détaillés et convaincants" de son médecin rhumatologue et de son actuel chirurgien orthopédique traitant laissant, selon elle, subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité de l'appréciation du médecin d'arrondissement. A ce propos, elle souligne que ce dernier n'a "pas été toujours catégorique" dans ses conclusions et qu'il a préalablement corrélié celles-ci à la version des faits retenue par l'intimée. Vu ces réserves, elle estime qu'en regard de ses gonalgies, "à tout le moins, le rapport de cause à effet est probable, ce qui est suffisant selon la jurisprudence". Au surplus, elle réfute les critères d'analyse de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques appliqués par l'intimée, dès lors qu'il serait uniquement question dans son cas de gonalgies.

**3.2** Dès l'abord, l'on précisera que l'intimée n'a en l'espèce pas rendu une décision de cessation de ses prestations à caractère temporaire (indemnités journalières et frais médicaux) en vue d'examiner un éventuel passage au régime de la rente d'invalidité LAA. Bien plus, elle a mis un terme au 17 juillet 2016 au soir à ses prestations pour le traitement des lombalgies post-accidentelles considérées à cette date-là comme guéries (fait incontesté) et a pour le surplus nié devoir répondre des autres plaintes (gonalgies droites) invoquées comme suites de l'accident du 3 mai 2016. Réfutant toute causalité avec cet événement, la Suva a purement et simplement refusé d'assumer les coûts des soins prodigués pour le genou droit ainsi que d'allouer des indemnités journalières à raison de la même atteinte. Ce faisant, faute d'une clôture du présent cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (examen du droit à la rente), il n'était nul besoin pour l'intimée d'examiner au préalable si une sensible amélioration de l'état de l'assurée (gonalgies) pouvait être escomptée de la continuation des traitements médicaux instaurés. En l'absence d'une atteinte médicale se trouvant

(encore) dans un lien de causalité avec l'événement incriminé, peu importe en effet qu'une telle atteinte soit ou non stabilisée au plan médical.

**3.3** Est en l'espèce litigieux le point de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 3 mai 2016 et les atteintes invoquées au genou droit. Contrairement à ce que défend l'assurée (recours art. 3 p. 7 en bas), la question de la causalité naturelle (de nature factuelle) doit être tranchée au degré de la vraisemblance prépondérante et à non à l'aune de la simple probabilité, conformément aux exigences de preuve usuellement valables en droit des assurances sociales (c. 2.2 supra). La procédure concernant le syndrome lombo-vertébral pris en charge par l'intimée consécutivement à l'accident du 3 mai 2016 n'ayant pas encore été close au moment où la recourante a allégué ses gonalgies droites, ces dernières ne peuvent être qualifiées de séquelles tardives (ATF 144 V 245 c. 6.1). Il en découle, puisque la question du lien de causalité entre l'accident et les gonalgies est susceptible de supprimer un droit aux prestations précédemment reconnu, que c'est l'assureur-accidents qui supporte une éventuelle absence de preuve (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

**3.4** Il ne peut être tenu compte dans le présent jugement du rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2017 du second chirurgien orthopédique produit à l'appui du recours, ni du rapport opératoire au dossier de l'intimée établi le 11 décembre 2017 suite à l'intervention chirurgicale pratiquée le même jour (dossier recourante [dos. rec.] 11; dossier Suva [dos. Suva 79/2-3]). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie en effet la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Cette dernière éventualité n'est toutefois pas donnée au cas d'espèce.

#### 4.

**4.1** Il convient dans un premier temps de déterminer le déroulement des faits pertinents.

**4.1.1** D'après les indications originelles dans le questionnaire LAA du 10 mai 2016 et le complément à ce dernier du 26 mai 2016, la recourante a subi une contusion au dos le 3 mai 2016. Alors qu'elle venait d'ouvrir une fenêtre dans l'atelier protégé où elle travaillait, l'assurée a entendu les cris d'une résidente qui avait vu la fenêtre pivoter et, percevant elle-même un danger, elle a "plongé et chuté". Dans son rapport médical initial LAA du 14 juin 2016, le rhumatologue traitant qui a prodigué les premiers soins le 4 mai 2016 a restitué comme suit les indications de sa patiente quant au déroulement de l'accident et aux plaintes exprimées: "Le 3 mai 2016, en évitant une fenêtre qui était en train de tomber, la patiente glisse et tombe lourdement sur le dos. Elle présente dès lors un blocage lombaire et des douleurs importantes". En date du 20 juillet 2016, ce même médecin a indiqué que le traitement était "en principe terminé" et a attesté une reprise du travail à 100% à partir du 18 juillet 2016. Lors d'un appel téléphonique le 22 juillet 2016 avec la Suva, la recourante a confirmé la fin de son incapacité de travail au 18 juillet 2016 et a mentionné qu'il n'y avait plus de traitement pour le moment. Adressant le 5 octobre 2016 sa patiente à un chirurgien orthopédique, le rhumatologue traitant a fait état chez celle-ci de douleurs au genou droit apparues sans nouveau traumatisme suite à la guérison de ses lombo-sciatalgies et la reprise de certaines activités physiques, telles la marche et la gymnastique. Le chirurgien mandaté a quant à lui rapporté, le 27 octobre 2016, que c'était suite à des manipulations effectuées lors de séances de physiothérapie pour traiter ses douleurs lombaires que l'assurée avait développé des gonalgies droites, environ un mois après l'accident. A la demande de la Suva, l'intéressée a produit début 2017 d'autres documents en lien avec l'accident incriminé, notamment un formulaire d'enregistrement d'accident et de mesures rempli le 8 septembre 2016 avec son employeur. Il en ressortait que "dans l'élan de la chute tout le corps s'est cogné contre le sol". Entendue le 20 avril 2017 par la Suva, l'assurée a précisé qu'elle s'était "tapé le dos contre un établi" lors de sa chute du 3 mai 2016 et qu'elle avait ressenti environ deux

à trois semaines plus tard, alors en traitement physiothérapeutique, une douleur dans toute la jambe droite, de la fesse au mollet. Elle a indiqué en avoir parlé à son rhumatologue qui lui aurait certifié que tout rentrerait dans l'ordre une fois son dos rétabli et qui a fini par lui proposer une IRM. Répondant le 17 juillet 2017 à de nouvelles questions de la Suva, l'intéressée a réaffirmé qu'elle s'était cogné tout le corps contre l'établi et sur le sol lors de sa chute. Sous menace des sanctions pénales encourues en cas de renseignements inexacts ou de fausses déclarations intentionnelles, la recourante a confirmé le 14 septembre 2017 sa version des faits du 20 avril 2017.

**4.1.2** Sur la base des indications qui précèdent, il apparaît que l'intéressée n'a pas toujours été constante dans ses déclarations relatives à l'accident du 3 mai 2016 et à la chronologie des faits liés à ses symptômes au genou droit. Ainsi, elle a d'abord avancé qu'elle avait glissé sur le dos lors de cet événement en s'occasionnant une distorsion lombaire, ensuite, début septembre 2016 et courant juillet 2017, que l'entier de son corps s'était heurté contre un établi et le sol à l'occasion de cette chute, puis, lors de ses auditions des 20 avril et 14 septembre 2017 par la Suva, qu'elle s'était cogné le dos contre un établi, puis contre le sol. L'on relève en outre que l'assurée a relaté à fin octobre 2016 à son premier chirurgien orthopédique qu'elle avait développé des gonalgies un mois environ après l'accident, suite à des manipulations de son physiothérapeute, et qu'elle a rapporté pratiquement les mêmes propos lors de son audition du 20 avril 2017. Ni dans son rapport du 5 octobre 2016 retraçant l'évolution clinique à l'attention dudit chirurgien, ni dans ses rapports ultérieurs, le rhumatologue traitant ne fait cependant mention de ces faits avancés par sa patiente - constatant bien plus, quant à lui, que les douleurs au genou droit se sont manifestées sans nouveau traumatisme après la reprise d'activités physiques par sa patiente. Quoi qu'il en soit de ces discordances mises au jour par les différentes versions de l'accident, il apparaît en tous les cas qu'à la date du rapport intermédiaire du rhumatologue traitant du 20 juillet 2016 et du propre téléphone de l'assurée à la Suva le 22 juillet 2016, il était uniquement question du traitement (alors clos) des lombo-sciatalgies comme suites de l'accident du 3 mai 2016 et qu'il n'avait, à ces dates-là, encore jamais été fait mention de douleurs ou d'une quelconque atteinte

subie au genou droit. A un degré de vraisemblance prépondérante (c. 2.2 supra), il y a dès lors lieu de retenir à la suite du service extérieur de la Suva que l'assurée, lors de l'événement précité, s'est tapé le dos contre un établi et contre le sol dans l'élan de sa chute, mais qu'elle n'a subi à cette occasion aucun choc ni aucun autre type de lésion à son genou droit. Partant, les gonalgies droites ne se sont manifestées au plus tôt qu'à partir de fin juillet 2016, soit bien au-delà du laps d'apparition de trois à quatre semaines après l'accident du 3 mai 2016 invoqué par l'assurée.

**4.2** Les principales (autres) indications suivantes ressortent des sources médicales au dossier de la cause.

**4.2.1** A l'appui de son rapport initial du 14 juin 2016, le rhumatologue de l'assurée a diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral post-traumatique et a fait état de contractures musculaires des deux côtés ainsi que d'une limitation de la mobilité avec une distance doigt sol (DDS) de 50 cm. Une incapacité de travail à 100% du 3 au 29 mai 2016 et du 27 juin au 17 juillet 2016 a été attestée par ce médecin. Dans son rapport explicatif du 5 octobre 2016 à l'attention du premier chirurgien orthopédique, le rhumatologue traitant a indiqué que les douleurs prédominaient au début sous la forme d'une lombo-sciatalgie et qu'après amélioration de celles-ci, sa patiente lui avait fait part, début septembre 2016, de douleurs qui se seraient péjorées au genou droit. Il a indiqué avoir constaté à son examen clinique un genou droit légèrement tuméfié et des signes méniscaux positifs. Une IRM dudit genou réalisée à son instigation le 19 septembre 2016 a fait état d'une lésion de grade III de la corne postérieure et interne du ménisque médial associée à un petit kyste para-méniscal et à un œdème sous-chondral du plateau tibial postéro-interne à ce niveau, ainsi qu'à une chondropathie fémoro-patellaire de stade IV avec géode sous-chondrale de 6 mm de la crête patellaire. En date du 10 janvier 2017, le rhumatologue traitant a précisé à l'attention de la Suva que les douleurs au genou droit s'étaient manifestées de façon plus évidente lorsqu'avaient été guéries les lombo-sciatalgies et que le problème à ce genou était "donc bel et bien en relation avec l'accident du 3 mai 2016". Après avoir adressé le 8 février 2017 sa patiente à un second chirurgien orthopédique, il a fait état

dans un ultime rapport intermédiaire du 2 mars 2017 d'une lésion méniscale au genou droit entraînant des douleurs persistantes.

**4.2.2** Dans un rapport du 27 octobre 2016, le premier chirurgien orthopédique consulté a indiqué que la recourante, à la suite prétendument de manipulations de son physiothérapeute, aurait ressenti des douleurs postérieures avec des sensations de tensions et qu'elle décrit depuis lors des douleurs localisées dans le compartiment interne du genou droit. A son propre examen clinique, ce spécialiste a relevé qu'elle marchait sans boiterie notable, que les membres inférieurs étaient normo-axés, que la manœuvre de sollicitation en pivot mono-podal droit associant flexion et rotation provoquait des douleurs sur la face interne du genou droit et que l'accroupissement était limité, déclenchant également des douleurs internes. Sur le plan du lit, il a observé un genou calme sans épanchement ni signe d'irritation du compartiment fémoro-patellaire, une palpation indolore des interlignes fémoro-tibiaux interne et externe, une manœuvre de Mac Murray négative et une absence d'instabilité ligamentaire, moyennant par contre des douleurs (internes) exprimées lors du Griding test, d'une flexion passive forcée ou d'un stress en abduction - extension. Il a contesté les conclusions du rapport d'IRM du 19 septembre 2016 retenant la présence d'une lésion méniscale interne de grade III, à savoir une déchirure. S'il a admis une dégénérescence mucoïde du ménisque interne se traduisant par des lésions de grade II, il a indiqué ne pas avoir constaté de déchirure à son examen clinique et a de ce fait diagnostiqué des séquelles d'entorse capsulo-méniscale interne. Il a prescrit une incapacité de travail à 50% dès le 27 octobre 2016, puis à 100% à compter du 29 octobre 2016. Les douleurs n'ayant pas faibli malgré un traitement de physiothérapie, ce chirurgien a procédé le 19 décembre 2016 à une arthroscopie qui a permis d'exclure une déchirure du ménisque interne et a mis en évidence une chondrite fémoro-tibiale interne de stade II à III, ainsi qu'une chondrite rotulienne de stade II au genou droit.

**4.2.3** Le second chirurgien orthopédique a quant à lui suspecté un possible impingement fémoro-patellaire des tissus mous propre à expliquer, selon lui, les douleurs persistantes au genou droit (l'arthroscopie n'ayant apporté qu'une accalmie passagère). Il a prescrit un traitement

conservateur et confirmé son diagnostic dans un rapport intermédiaire du 27 mars 2017. S'adressant le 15 mai 2017 au rhumatologue traitant, il a explicité ce diagnostic par le fait que sa patiente aurait subi une contusion au genou droit ayant entraîné une irritation des tissus mous para-patellaires (plica). Le 20 septembre 2017, il a recommandé une nouvelle IRM dont il a décrit le résultat dans un courrier du 17 octobre 2017 à l'attention de l'ancien mandataire de la recourante. Il en ressort que cette IRM, semble-t-il réalisée le 21 septembre 2017 (le rapport d'imagerie ne figure pas au dossier de la Suva), n'a pas mis en évidence d'atteinte méniscoligamentaire, mais une plica médio-patellaire (pli de la muqueuse) située à côté de la rotule, un kyste de Backer et une petite déféctuosité cartilagineuse rétro-patellaire avec un kyste subchondral. Ce chirurgien considère que les atteintes cartilagineuses ne sont clairement pas en lien avec l'événement du 3 mai 2016, mais qu'elles ne pourraient de toute façon pas être tenues pour responsables des douleurs de l'assurée. Il relève encore que les atteintes des parties molles ne sont pratiquement pas objectivables à l'IRM, mais qu'en présence d'une plica médio-patellaire documentée dans la zone douloureuse, cette structure pourrait expliquer les plaintes invoquées. De son avis encore, le fait qu'aucune cause traumatique n'ait été décelée lors de l'arthroscopie n'exclut pas une telle étiologie, pas plus du reste que l'apparition tardive des gonalgies. Faisant appel à son expérience de chirurgien ayant eu à connaître de problématiques cliniques identiques sans substrat particulier à l'IRM, il considère que la causalité accidentelle est ici claire.

**4.2.4** Questionné sur l'existence d'une causalité entre les gonalgies et l'accident du 3 mai 2016, respectivement, et dans l'affirmative, entre ce même accident et l'opération du 19 décembre 2016, le médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine intensive et interne générale, s'est d'abord dit, le 17 mars 2017, dans l'impossibilité de se prononcer en l'état du dossier dès lors qu'il avait besoin "pour avancer" de "la description des faits (y a-t-il eu entorse du genou D [droit] oui ou non?)". Aussi, il invitait la Suva à "instruire les faits et [...] décrire très précisément la chronologie et la typologie des symptômes concernant le genou depuis le 3 mai 2016". Dans son rapport ultérieur du 24 avril 2017, le même médecin a considéré qu'une causalité accidentelle était "au mieux possible" puisque,

selon la version retenue par le service extérieur de la Suva, il n'y avait pas eu d'atteinte au genou droit lors de l'événement initial et qu'on était en présence de lésions dégénératives. Après s'être vu soumettre l'avis du 15 mai 2017 du second chirurgien avançant que la patiente souffrait des suites d'une contusion au genou droit survenue le 3 mai 2016, le médecin d'arrondissement a à nouveau, les 16 juin et 18 août 2017, invité l'intimée à lui indiquer la version des faits à retenir pour son appréciation médicale. Si cette version était celle communiquée le 20 avril 2017 par le service extérieur, il indiquait confirmer sa précédente position, alors que si cette version n'était pas corroborée, il invitait l'intimée à "redétailler tous les faits du 3 mai 2016 en reprenant toute la description de l'événement (comme l'a fait le service extérieur) en décrivant ce qui s'est passé au niveau du genou le 3 mai 2016 ou autrement dit (...) s'il y a eu entorse du genou, ou contusion du genou, ou un autre mécanisme lésionnel au niveau du genou lorsque la patiente s'est tapé le dos". Après que le service extérieur eut entériné sa version du 20 avril 2017, le même médecin a considéré que les lésions objectives correspondaient à des troubles dégénératifs et a maintenu, le 1<sup>er</sup> novembre 2017, ses conclusions en faveur d'une causalité tout au plus possible avec l'accident incriminé. Dans son appréciation finale du 8 novembre 2017, il a encore précisé que l'argumentation du second chirurgien attribuant les gonalgies à une inflammation de la plica médiopatellaire était contredite par l'anamnèse retenue par l'intimée.

**4.3** Se pose désormais la question de la valeur de ces avis médicaux sous l'angle probatoire.

**4.3.1** Quant à la forme, on constate tout d'abord que l'appréciation médicale finale émanant du médecin d'arrondissement de la Suva a été rendue près de 18 mois après l'événement accidentel du 3 mai 2016 et constitue la seule source médicale qui synthétise l'entier du dossier médical de l'assurée. Cette évaluation se rattache de plus étroitement à la réalité asséculogique du cas d'espèce, attendu que le même médecin a attendu de disposer d'une version de l'accident arrêtée et confirmée par le service extérieur de la Suva avant de livrer une appréciation médicale définitive quant à l'existence d'une causalité entre ledit événement et les gonalgies droites présentes. Loin de discréditer son travail, ce souci de clarification

témoigne bien au contraire du sérieux de son approche, en accord du reste avec les exigences jurisprudentielles qui prévoient que, dans une première phase après l'accident, il y a lieu de documenter le déroulement de celui-ci le plus exactement possible et de manière vérifiable, et qu'il en va de même pour les troubles de la santé qui s'en sont suivis - ces premiers éléments de preuve revêtant une grande importance (ATF 134 V 109 c. 9.2). Qui plus est, le fait que la réunion de ces données factuelles ait quelque peu, et nécessairement, reporté l'appréciation finale du médecin d'arrondissement offre en contrepartie à celle-ci de bénéficier d'un certain recul par rapport aux mesures thérapeutiques engagées. Pour le surplus, ce médecin n'a certes pas procédé à un examen médical sur la personne de l'assurée, ni même seulement reçu cette dernière à sa consultation avant d'évaluer les conditions médicales d'un droit aux prestations pour les gonalgies invoquées. Selon la jurisprudence, un examen personnel est toutefois superflu si les documents au dossier restituent une image exhaustive de l'anamnèse, de l'évolution et de l'état au moment déterminant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). L'évaluation finale d'un médecin conseil ou employé d'un assureur social ne constitue de toute façon pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG, mais s'apparente davantage au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI). Or, de tels rapports médicaux ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne sont en conséquence pas soumis aux mêmes exigences formelles que les expertises médicales ou les examens médicaux auxquels il arrive également au SMR de procéder. Pour autant, on ne saurait leur dénier d'emblée toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2). En tout état de cause, l'évaluation finale ici rendue par le médecin d'arrondissement de la Suva énumère, en en restituant l'évolution au fil de la prise en charge thérapeutique, les douleurs dont a fait état l'assurée à son genou droit. Le contexte médical global ensuite de l'accident du 3 mai 2016 est lui aussi clairement décrit et restitué. Dans son appréciation, le médecin

d'arrondissement discute enfin des points d'achoppement avec les conclusions de ses confrères et répond de manière fiable aux questions relatives à la causalité soumises par l'intimée.

D'un point de vue strictement formel, l'appréciation rendue le 8 novembre 2017 par le médecin d'arrondissement répond ainsi aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.3 supra).

**4.3.2** Au plan matériel, les conclusions du médecin de la Suva s'écartent il est vrai de celles du second chirurgien qui explique pour sa part les gonalgies droites persistantes par une irritation des tissus mous parapatellaires (plica). Comme le relève le médecin d'arrondissement, cette conclusion est d'emblée faussée cependant par le fait que son auteur pose comme prérequis factuel à celle-ci que l'assurée a subi une contusion dans la zone antéro-médiale du genou droit lors de l'événement accidentel du 3 mai 2016 - version qui est en effet infirmée par les faits établis au dossier (voir c. 4.1.2 supra). A la suite du médecin de la Suva, l'on relève de plus que ni l'IRM du 19 septembre 2016, ni l'arthroscopie pratiquée exactement trois mois après celle-ci n'ont permis de constater une inflammation au niveau de la plica médio-patellaire. D'après le courrier adressé le 17 octobre 2017 par le second chirurgien à l'ancien mandataire de la recourante, l'IRM réalisée semble-t-il le 21 septembre 2017 fait quant à elle état d'une plica médio-patellaire située à côté de la rotule. Quoi qu'il en soit de ce nouveau résultat d'imagerie, ce chirurgien ne conteste en tous les cas pas qu'une atteinte des parties molles n'a pas pu être objectivée lors de ladite IRM, d'autant qu'il précise que la plica documentée dans la zone douloureuse n'est pas pathologique en soi et représente uniquement une variante anatomique constitutionnelle. Sa thèse ensuite, selon laquelle cette plica aurait été durablement modifiée à la suite d'un traumatisme subi dans la même zone et que cette altération de structure expliquerait les actuelles gonalgies, doit être tout simplement écartée vu son hypothèse erronée quant à la présence au départ d'une telle lésion (c. 4.1.2 et 4.3.2 supra). Etant donné leurs mêmes prémisses, les développements de ce chirurgien tendant par ailleurs à expliquer sous l'angle de l'enchaînement causal l'apparition tardive des gonalgies - en invoquant le fait qu'une contusion à un genou peut d'abord provoquer un saignement et une

réaction inflammatoire avant d'entraîner une modification des tissus - sont également dépourvues d'assises factuelles vérifiées et donc réelles. Il n'est enfin d'aucune utilité pour ce médecin, en vue d'appuyer la thèse d'une étiologie accidentelle pour les gonalgies droites, d'arguer du fait que sa patiente ne présenterait à ce jour aucun symptôme de cet ordre, si elle n'avait chuté le 3 mai 2016 et n'avait subi à cette occasion un traumatisme à son genou droit. Abstraction faite dudit traumatisme non avéré au présent cas (c. 4.1 et 4.3.2 supra), l'on précisera que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit de toute façon pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). Quant à l'expérience clinique dont se prévaut le même chirurgien, elle ne saurait manifestement pas pallier les lacunes (factuelles) qui sous-tendent ses conclusions relatives à la causalité accidentelle. L'on rappellera au surplus que les exigences en matière de preuve de la causalité naturelle ne se recouvrent pas nécessairement en médecine et en droit (c. 2.2 supra).

**4.3.3** Sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement et de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, l'intimée disposait par conséquent de toutes les informations et constatations nécessaires à l'appréciation juridique du cas si bien qu'elle pouvait renoncer, sans violer le droit d'être entendue de l'assurée, à un complément d'instruction sur le plan médical (appréciation anticipée des preuves; ATF 136 I 229 c. 5.3, 124 V 90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d; SVR 2017 ALV n° 6 c. 4.2). Il y a ainsi lieu de retenir qu'en l'absence d'un traumatisme subi à son genou droit lors de sa chute du 3 mai 2016 et de tout substrat au surplus autre que dégénératif mis en évidence (ou objectivable) aux IRM pratiquées sur ce genou, les gonalgies droites de la recourante ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement incriminé. Ainsi que le résume avec justesse le médecin d'arrondissement dans son appréciation finale du 8 novembre 2017, "[...] les conséquences d'une atteinte n'ayant pas eu lieu sur une structure anatomique n'existant pas (ou non objectivable [... ]) ne peuvent évidemment pas aboutir à ce que l'on retienne une relation de causalité entre deux éléments virtuels". Ce résultat s'accorde de plus parfaitement avec les constatations émises par le premier chirurgien

orthopédique (citées par le médecin d'arrondissement; dos. Suva 72) et ce, tant à son examen clinique du 26 octobre 2016 lors duquel était observé un genou droit calme sans épanchement ni signe d'irritation qu'à son arthroscopie du 19 décembre 2016 ayant confirmé l'absence d'une atteinte méniscale autre que dégénérative. Il est du reste révélateur que la recourante, alors qu'elle ne le conteste pas (du moins directement), passe totalement sous silence cet avis médical qui ne lui permet pas d'appuyer sa thèse de gonalgies d'étiologie accidentelle. L'absence à un degré de vraisemblance prépondérante d'une causalité naturelle entre ces plaintes et l'événement du 3 mai 2016 est au surplus encore consolidée par les dernières considérations au dossier médical du propre rhumatologue de l'assurée. Après avoir d'emblée tenu pour acquise une telle causalité (voir c. 4.2.1 supra), ce médecin, s'adressant le 8 février 2017 au second chirurgien, s'est en effet avoué "quelque peu perplexe" devant les gonalgies "assez «mystérieuses»" de sa patiente ("S'agit-il véritablement de douleurs arthrosiques post-traumatiques?") à mesure qu'aucune lésion méniscale n'avait pu être confirmée à l'arthroscopie (dos. Suva 29/1).

Dès lors qu'avec une vraisemblance prépondérante, une causalité naturelle doit être niée avec l'accident incriminé du 3 mai 2016 s'agissant des nouvelles plaintes invoquées par l'assurée à son genou droit, il s'avère superflu d'examiner la causalité adéquate. A toutes fins utiles, on précisera qu'il n'appartient pas à l'assureur-accidents d'expliquer la nature des douleurs affectant le genou droit de la recourante (voir par analogie TF 8C\_601/2007 du 27 mars 2018 c. 4.2). En outre, en l'espèce, il faut constater une absence totale, dès l'origine des maux, de tout lien de causalité naturelle entre les gonalgies et l'événement accidentel assuré. On se trouve donc dans une situation différente d'un arrêt de prestations après recouvrement d'un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution d'une prédisposition malade (statu quo sine; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1; TF 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Dès lors, l'examen d'une éventuelle causalité adéquate entre l'accident et d'hypothétiques troubles de nature psychique susceptibles d'être à l'origine des douleurs subjectivement ressenties par la recourante à son genou (examen envisagé dans les considérants 1 et 7 de la décision

sur opposition attaquée) ne se justifie pas. Au demeurant, aucun indice de trouble de cet ordre n'est documenté au dossier de la cause.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**5.2** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. a et g LPGA).

### **Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique,et communiqué:
  - à Assura, case postale 61, 1009 Pully.

La présidente:

La greffière:  
e.r. J. Desy, greffier

### **Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).