

200.2019.462.LAA

N° réf.:

ANP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 22 août 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente

M. Moeckli et C. Tissot, juges

P. Annen-Etique, greffière

A. _____

recourante

contre

B. _____ SA

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 1^{er} mai 2019



En fait:

A.

A._____, née en 1973 et inscrite alors à l'assurance-chômage (AC), a réalisé dès le 1^{er} janvier 2017 un gain intermédiaire dans un emploi de pharmacienne exercé à 60% et a perçu pour sa perte de gain résiduelle des indemnités de chômage. Par le biais de la pharmacie qui l'engageait alors (contrat résilié par la suite au 1^{er} avril 2018), elle était assurée auprès de B._____ SA pour les accidents professionnels et non professionnels. Dans une déclaration d'accident-bagatelle LAA du 5 février 2018, son employeur a annoncé à cette compagnie qu'elle avait été victime trois jours plus tôt d'un accident de ski et qu'elle avait dû être hospitalisée. Le même 5 février 2018, l'assurée a subi à l'hôpital de C._____ une arthroscopie du genou droit en raison d'une fracture intercondylienne complète et d'une déchirure du ligament croisé antérieur. Elle a répondu le 16 février 2018 à diverses questions en lien avec l'événement incriminé dont son assurance LAA a accepté la prise en charge.

B.

En incapacité de travail entière depuis cet accident, l'assurée s'est vu attester le 4 septembre 2018 une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2018 par son chirurgien orthopédiste traitant. En possession d'un rapport du 17 octobre 2018 de son médecin-conseil, B._____ a invité le lendemain l'intéressée à contacter sa caisse de chômage en vue de rechercher un emploi à 100% et a émis des réserves quant au versement des indemnités journalières LAA au-delà du 4 septembre 2018. Le 30 octobre 2018, le chirurgien traitant a reporté au 19 novembre 2018 la récupération d'une capacité de travail de 50% et a attesté une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2019. Par décision du 25 janvier 2019, B._____ a mis fin au 19 octobre 2018 à ses indemnités journalières allouées à 100% jusqu'au 30 septembre 2018 puis à 50% du 1^{er} au 18 octobre 2018. Sur opposition, B._____ a partiellement modifié le 1^{er} mai 2019 ce prononcé en ce sens que le droit aux indemnités

journalières était reconnu au plus tard jusqu'au 30 octobre 2018 (à 100% jusqu'au 30 septembre 2018, puis à 50% à compter du 1^{er} octobre 2018).

C.

En date du 10 juin 2019, l'assurée a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en demandant, à titre de conclusions:

- le paiement de ses droits journaliers et aussi de dommages-intérêts;
- la réparation du dommage pour le manque d'assistance à domicile durant les trois premiers mois d'infirmité (dû à des informations tardives et fausses);
- la réparation du dommage aussi pour l'avoir laissée pour tous ces mois sans feuille-accident et donc sans assistance médicale;
- la réparation du dommage également pour tous les problèmes que l'assurance lui a créés par son comportement.

Lors d'un appel téléphonique du 21 juin 2019, la recourante a informé le TA d'une opération prévue le 6 août 2019 (intervenue en réalité le lendemain) et s'est fait expliquer une ordonnance judiciaire. Dans sa réponse du 16 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué les 8 août et 26 septembre 2019 (moyennant un nouveau certificat médical produit par l'assurée). La recourante s'est spontanément exprimée le 18 octobre 2019 en transmettant de nouvelles pièces au TA (en sus de celles jointes au recours), courrier qui a été communiqué à l'intimée.

En droit:

1.

1.1 L'objet de la contestation (voir ATF 142 I 155 c. 4.4.2 p. 156; JAB 2011 p. 391 c. 2.1) consiste, et uniquement, dans la décision sur opposition du 1^{er} mai 2019 par laquelle l'intimée a reconnu le droit à des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail entière jusqu'au 30 septembre 2018 et à 50% du 1^{er} au 30 octobre 2018, puis a nié le droit à

ces prestations pour la période ultérieure courant jusqu'au prononcé de sa décision sur opposition contestée (voir à ce sujet également le mémoire de réponse en p. 2 confirmant la continuation de la prise en charge des frais de traitement). Le recours s'avère dès lors irrecevable à mesure que l'assurée conclut à l'octroi de divers dommages-intérêts en sus du versement d'indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 18 novembre 2018 et de 50% du 19 novembre 2018 au 1^{er} mai 2019, date du prononcé litigieux (voir in fine sa prise de position du 18 octobre 2019 p. 3). Si elle veut obtenir la réparation de ces prétendus dommages, il lui appartiendra en effet de requérir une décision susceptible de recours à ce sujet (voir ordonnance judiciaire du 19 juin 2019 ch. 3). Il en va au reste de même s'agissant des indemnités journalières auxquelles elle n'aurait pas eu droit, dont elle souhaiterait cas échéant demander le paiement au-delà de la date de la décision sur opposition concernée (voir ordonnance judiciaire du 30 septembre 2019 ch. 3 et c. 4.4 infra).

1.2 Pour le reste, interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Dès lors que la valeur litigieuse porte sur l'octroi de 30 indemnités journalières à Fr. 148.20 (à 50%) du 1^{er} au 30 octobre 2018, de 19 indemnités journalières à Fr. 296.25 (à 100%) du 31 octobre au 18 novembre 2018 et de 164 indemnités journalières à Fr. 148.20 (à 50%) du 19 novembre 2018 au 1^{er} mai 2019, soit sur un montant total de Fr. 34'379.55, 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 LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

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 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des 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 Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

2.3 Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence, établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (art. 6 LPGA; ATF 114 V 281 c. 1c).

2.4 L'obligation pour la personne assurée de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 460 c. 4.2). Dans le contexte de l'obligation de diminuer le dommage, il est exigible d'une personne assurée qu'elle prenne les mesures que toute personne raisonnable prendrait dans la même situation si elle ne pouvait pas espérer des prestations d'assurance (ATF 140 V 267 c. 5.2.1).

2.5 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 Se ralliant à l'appréciation de son médecin-conseil elle-même étayée par les observations du chirurgien traitant lors de son contrôle du 4 septembre 2018, l'intimée est d'avis que la recourante, en tant que pharmacienne, ne présente plus à compter de cette date d'incapacité de travail en lien de causalité avec les séquelles de son accident de ski mais accepte, à bien plaisir, de prolonger jusqu'au 30 octobre 2018 le paiement de ses indemnités journalières (d'abord à 100% jusqu'au 30 septembre 2018, puis à 50%). Dès lors que l'avis de son médecin-conseil s'appuie sur des constatations objectives, elle considère que l'absence d'un examen personnel de l'assurée par ce dernier n'en altère nullement la valeur probante. Elle s'oppose par ailleurs à l'octroi d'un délai d'adaptation pour la recherche d'un nouvel emploi puisque l'activité de pharmacienne est en principe adaptée aux restrictions médicales imposant d'alterner les postures, de ne pas s'agenouiller ni de porter de lourdes charges et que, si tel n'est le cas, il est exigible de l'assurée de diminuer son dommage en recherchant un tel poste dans sa profession.

La recourante fait grief à l'intimée de ne pas s'en tenir aux incapacités de travail reconnues par son généraliste traitant lui ayant attesté une incapacité (temporaire) de travail à 100% au-delà du 1^{er} octobre 2018, ainsi que par son chirurgien orthopédique qui est revenu sur la récupération d'une capacité de travail à 50% attestée dès cette date et aurait confirmé "le 100% même pour novembre". Elle conteste par ailleurs que son traitement médical aurait dû être "beaucoup plus bref" et ne justifiait plus la délivrance de feuilles-accident pour les frais médicaux après la fin du suivi chirurgical au 30 octobre 2018, opposant à ce propos que le médecin-conseil LAA a évalué de 12 à 18 mois la durée du traitement médical pour ce type de lésion. A son sens, il ne peut non plus lui être reproché d'avoir tardé à faire de la physiothérapie étant donné que cela lui avait été initialement déconseillé et qu'elle n'a pu ensuite obtenir de rendez-vous à brève échéance. Elle critique enfin le fait de ne pas avoir reçu de réponse à sa demande d'un contrôle auprès du médecin-conseil LAA et dénonce les pressions dont son chirurgien et elle-même auraient fait l'objet de la part de l'intimée.

3.2 Il sied d'emblée de rappeler que l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (ATF 130 V 380 c. 2.3.1). En l'espèce, l'intimée a mis fin par sa décision sur opposition du 1^{er} mai 2019 au paiement des indemnités journalières à partir du 31 octobre 2018. Bien que ce terme prenne ainsi effet rétroactivement, il n'entraîne pas de demande de restitution. La situation d'espèce s'assimile donc à un arrêt de prestations *ex nunc* et *pro futuro*. De plus, la fin du droit aux indemnités journalières étant précisément motivée par la disparition du dommage couvert par ce type de prestations (l'incapacité de travail), le fait de savoir si l'atteinte à la santé était stabilisée au moment où la décision sur opposition entreprise a été rendue ne joue ici aucun rôle (il ne s'agit pas d'un terme mis aux prestations provisoires en vue d'examiner le droit aux prestations de longue durée; voir ch. 2.2 du prononcé contesté quelque peu confus à ce sujet et mémoire de réponse ch. II; voir aussi c. 2.1 et art. 19 LAA).

3.3 Au dossier administratif figurent des rapports médicaux et certificats d'incapacité de travail du chirurgien orthopédique et du généraliste traitants établis après la décision sur opposition contestée, dont certains ont d'ailleurs également été produits devant le TA pour appuyer les griefs du recours. En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, il pourra être tenu compte dans le cadre de l'appréciation des preuves de ceux des rapports médicaux précités qui, bien que postérieurs à la date de la décision sur opposition contestée, permettent certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de celle-ci (voir c. 4.2.2, 4.2.3 et 4.3.3 infra).

4.

4.1 Sur le fond se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance au-delà du 30 octobre 2018 de l'incapacité de travail, en tant que pharmacienne, encore alléguée par l'assurée du fait de l'état présenté par son genou droit suite à l'événement incriminé du 2 février 2018. Dès lors que l'intimée a admis devoir prendre en charge l'incapacité de travail immédiate suite à cet accident, c'est à elle qu'il incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usuel en droit des assurances sociales), de la disparition du lien de causalité (voir par analogie, s'agissant de la disparition du lien de causalité, par ex. ATF 146 V 51 c. 5.1).

4.2 Les principaux éléments médicaux suivants ressortent du dossier.

4.2.1 Dans son rapport de sortie établi suite à l'hospitalisation de la recourante du 2 au 13 février 2018 dans son service de chirurgie, l'hôpital de C._____ a diagnostiqué une fracture complète de l'éminence intercondylienne du genou droit avec une grande déchirure osseuse du ligament antérieur traitée par arthroscopie et mini-arthrotomie en date du 5 février 2018. D'après ce service, le contrôle radiologique post-opératoire démontrait un bon positionnement des fragments ainsi que du matériel d'ostéosynthèse et la plaie apparaissait sèche et non inflammée avec des contours bien adaptés. Un enlèvement du matériel à vis d'ostéosynthèse était recommandé dans les six à 12 mois. Lors de son contrôle clinique et radiologique du 20 mars 2018, le chirurgien opérateur a constaté une légère enflure et un léger épanchement au niveau de l'articulation du genou droit, en faisant au surplus état d'un processus de guérison régulier. En vue d'améliorer la mobilité encore fortement entravée (extension/flexion 0-0-40°), un suivi physiothérapeutique était recommandé deux à trois fois par semaine et une incapacité de travail à 100% toujours attestée depuis l'accident. Lors de son ultime contrôle du 19 avril 2018, le même chirurgien a observé une plaie guérie et une flexion améliorée, toutefois pas dans la mesure escomptée (amplitude de mouvement actuelle en extension/flexion de 0-0-80°). S'appuyant sur la radiologie du même jour, il a rapporté une consolidation osseuse complète de la fracture ainsi que de la déchirure du

ligament antérieur osseux avec des positionnements toujours corrects des fragments et du matériel à vis sans dislocation ni signes de desserrage. Une incapacité de travail entière était attestée pour trois semaines encore jusqu'au prochain contrôle, lequel n'a toutefois pas eu lieu.

4.2.2 Après la fin du suivi à l'hôpital de C._____, le généraliste traitant, médecin interniste, a continué d'attester une incapacité de travail à 100% à sa patiente qu'il a adressée à un chirurgien orthopédique. A l'issue de sa première consultation du 25 mai 2018, ce spécialiste a fait état d'une évolution régulière avec une belle guérison des fragments ainsi qu'estimé que les restrictions de mobilité liées à l'enflure demeuraient dans la norme vu le type de lésion et l'intervention pratiquée. Il a recommandé la poursuite de la physiothérapie, une école de la mobilité et une désaccoutumance des béquilles. A sa nouvelle consultation du 4 septembre 2018, il a constaté une amélioration significative de l'état de sa patiente désormais en mesure de marcher sans boiterie ni béquilles et ne présentant plus que de discrètes limitations à la mobilité ainsi qu'un manque de force. Mettant un terme à son suivi en recommandant une mobilisation autonome du genou droit en sus du programme médical de renforcement musculaire et de proprioception, il a attesté une amélioration de 0 à 50% de la capacité de travail à compter du 1^{er} octobre 2018. Le généraliste traitant a quant à lui continué d'attester une incapacité de travail entière jusqu'au 31 octobre 2018. Le 30 octobre 2018, le chirurgien traitant a revu l'assurée qui lui a rapporté une évolution nettement meilleure avec des douleurs encore présentes, mais bien moindres à son genou droit, et s'est principalement plainte d'un manque de force. Au terme d'un compromis trouvé avec sa patiente, il a reconnu une incapacité de travail améliorée de 100 à 50% à compter du 19 novembre 2018 et a fixé celle-ci à 0% dès le 1^{er} janvier 2019. Le généraliste traitant a de son côté reconnu une incapacité de travail de travail de 50% depuis le 19 novembre 2018 jusqu'au 3 juin 2019. A mesure qu'elles ne se réfèrent pas à l'état de fait en vigueur au moment de la décision sur opposition attaquée, il n'y a pas lieu de tenir compte des périodes d'incapacité de travail attestées postérieurement au 1^{er} mai 2019 (à 50% jusqu'au 3 juin 2019 par le généraliste traitant, puis à 100% du 4 juin au 15 septembre 2019, à 50% depuis le 16 septembre 2019 et à 0% dès fin septembre ou mi-octobre 2019 d'après le chirurgien orthopédique).

Quant aux rapports médicaux établis après la décision sur opposition litigieuse par le chirurgien traitant, il y sera revenu ci-après en tant que besoin (c. 4.3.2 et 4.3.3 infra).

4.2.3 Le médecin-conseil LAA s'est également prononcé sur la situation médicale. Dans un premier rapport du 17 octobre 2018, il a admis en s'appuyant sur les observations de la consultation chirurgicale du 4 septembre 2018 qu'une légère limitation à la mobilité persistait des suites de l'accident. Excluant dans l'absolu la possibilité d'un recouvrement du statu quo ante/sine, il a estimé que la durée du traitement médical usuel pour ce type de lésion était de 12 à 18 mois et qu'au vu du fonctionnement du genou rapporté au dossier, l'activité de pharmacienne était théoriquement redevenue exigible au moins à temps partiel trois mois après l'opération et, en tous les cas, à 100% dès le contrôle chirurgical du 4 septembre 2018 à la seule condition d'exclure le soulèvement de charges. Dans un rapport du 10 juillet 2019 postérieur à la décision sur opposition contestée mais reconstitutif d'éléments médicaux en vigueur déjà avant celle-ci (c. 4.3.1 et 4.3.3 infra), le médecin-conseil a décrit les restrictions fonctionnelles de l'articulation du genou droit et la résistance à l'effort encore offerte. Synthétisant les observations retranscrites sept mois après l'opération lors de la consultation chirurgicale précitée du 4 septembre 2018, il a retenu que l'assurée présentait, à cette même date, un genou droit résistant mécaniquement à une charge complète avec un léger déficit, par rapport à l'autre côté, en flexion de 10°, en extension de 5° et en hyper-extension de 15°. L'activité de pharmacienne au sein d'une officine, consistant d'après ses connaissances dans le conseil à la clientèle (en postures debout et à la marche) ainsi qu'éventuellement dans la préparation de compositions en laboratoire et dans des tâches administratives (en position assise), était exigible selon lui sans restrictions pour autant qu'elle n'implique pas de porter de lourdes charges ni de s'agenouiller. Quant à son ultime rapport médical du 26 septembre 2019, il y sera revenu ci-après en tant que besoin (c. 4.3.3 infra).

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 du médecin-conseil comporte, dans son premier rapport du 17 octobre 2018, un rappel factuel restituant au travers des rapports établis par les médecins concernés les principales étapes de la prise en charge spécialisée du traumatisme du 2 février 2018, ainsi que les réponses apportées aux questions de l'assurance LAA principalement axées sur la causalité accidentelle. Certes, l'anamnèse médicale retracée dans ce premier rapport apparaît relativement succincte et n'expose pas le contenu de ces avis spécialisés qui sont cités en vrac ("gemäss Berichten") à mesure qu'est évoquée la capacité de travail médico-théorique postulée trois mois après l'opération ou qui sont tout au plus individualisés (pour l'un d'entre eux) lorsqu'il s'agit d'appuyer par la clinique du cas les exigences définies au plan professionnel. A ce dernier égard, l'appréciation orthopédique du 4 septembre 2018 à laquelle se réfère le médecin-conseil a cependant été exposée plus avant encore dans son second rapport du 10 juillet 2019. A la demande expresse de l'intimée, ce médecin a en effet étayé de manière circonstanciée la mesure dans laquelle le genou droit opéré pouvait être sollicité sept mois après son (premier) traitement opératoire, à savoir une charge mécanique entière moyennant tout au plus un léger déficit de mobilité exclusif de certaines postures (agenouillée) et de charges trop lourdes. Pour ce faire, il s'est appuyé sur les constatations objectives du chirurgien orthopédique traitant, mais a également veillé à arrimer celles-ci à ses propres connaissances de médecin traumatologue en réinterprétant si nécessaire certaines données médicales à leur lumière. Son appréciation est dénuée de toute approximation et s'appuie sur la clinique stricte du cas, en particulier les données d'ordre radiologique qui sous-tendent celle-ci. Le contexte médical apparaît ainsi clair et en adéquation avec les substrats objectivés. N'en contredise l'assurée, le fait que ce médecin ne l'ait pas examinée n'est pas de nature à d'emblée discréditer ses conclusions. Selon la jurisprudence, un examen personnel se révèle en effet 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). En d'autres termes, ce qui est décisif pour juger de la valeur probante d'un avis médical, c'est que le dossier qui a servi de base à son établissement contienne suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt TF

8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.3 avec références citées). Or, tel est bien le cas en l'espèce, dès lors que le médecin-conseil est en mesure de s'appuyer à la fois sur la documentation médicale ressortant du (premier) suivi par le chirurgien ayant effectué l'opération après l'accident et sur celle relative à la nouvelle prise en charge par un autre chirurgien dès fin mai 2018. Ces sources livrent qui plus est une image complète de la situation médicale concernée puisqu'y sont respectivement rapportées, au dernier bilan post-opératoire du 19 avril 2018, une consolidation osseuse complète de la fracture et de la déchirure ligamentaire et, à la consultation du 4 septembre 2018, une évolution vers une guérison sans signes d'inflammation ou d'irritation des sections d'articulation sujettes à charge mécanique avec pour seules séquelles un manque de force musculaire (compensable) et un léger déficit de flexion de 10°, d'extension de 5° et d'hyper-extension de 15°.

D'un point de vue strictement formel, l'appréciation rendue les 17 octobre 2018 et 10 juillet 2019 par le médecin d'arrondissement répond ainsi aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.4 supra).

4.3.2 Au plan matériel, les conclusions du médecin-conseil postulant la récupération d'une entière capacité de travail sept mois après l'intervention du 5 février 2018, soit le 5 septembre 2018 (fin des prestations toutefois reportée par l'intimée au 31 octobre 2018), s'écartent il est vrai de celles des autres médecins consultés. Ainsi, d'une part, le généraliste traitant a attesté une incapacité de travail continue entière jusqu'au 18 novembre 2018 et à 50% du 19 novembre 2018 jusqu'à la décision contestée. Son appréciation doit cependant d'emblée être relativisée à mesure qu'un médecin de famille - praticien généraliste ou spécialiste traitant - aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser son patient eu égard à la relation de confiance établie avec ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; arrêt TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). A cela s'ajoute que ce médecin généraliste ne dispose d'aucune spécialisation en chirurgie ni en traumatologie accidentelle. D'autre part, le chirurgien traitant a d'abord estimé qu'une reprise du travail à 50% était possible dès le 1^{er} octobre 2018 avant de reporter cette possibilité au 19 novembre 2018 et de nier toute incapacité de travail résiduelle au-delà du 31 décembre 2018

(c. 4.2.2 supra). Cette apparente contradiction entre ses conclusions et celles du médecin-conseil s'avère cependant toute relative. Ainsi qu'il en ressort en effet de son rapport de consultation du 30 octobre 2018, ce n'est qu'aux fins de trouver un compromis avec sa patiente qui ne se sentait alors pas en état de retravailler qu'ont été arrêtées ces nouvelles exigences professionnelles ("Ich denke, die Patientin sollte langsam wieder arbeitsfähig sein [...]. Sie selber sieht das gar nicht so. [...]"). Ce refus de regagner le marché du travail était du reste non seulement contredit par les propres observations dudit chirurgien, mais également par l'évolution nettement améliorée rapportée par la patiente elle-même à cette consultation, celle-ci concédant en effet ne plus ressentir que de faibles douleurs et n'avoir encore à pâtir que d'un manque de force. Il apparaît en outre que le chirurgien traitant a été influencé dans son estimation de la capacité de travail par le descriptif de l'ancien poste de travail de la recourante qui s'exerçait semble-t-il presque exclusivement debout, sans que ce médecin ne tienne compte du fait que cet emploi avait été résilié au 1^{er} avril 2018 (voir son rapport médical du 23 août 2019 se référant à cet ancien poste). Partant, ce ne sont pas des motifs à proprement parler médicaux mais bien plus l'attention portée aux restrictions subjectives de l'assurée qui ont amené le chirurgien traitant à ajourner un possible retour au travail. De tels mécanismes d'autolimitation chez la patiente avaient d'ailleurs déjà été observés par les premiers médecins opérateurs qui, à leur ultime consultation du 19 avril 2018, avaient constaté que celle-ci se déplaçait à l'aide de béquilles alors même qu'un reconditionnement musculaire progressif jusqu'à une charge complète avait été recommandé dès fin mars 2018. Ils relevaient de plus que l'assurée était parvenue à supporter une charge complète en se déplaçant à leur demande sans béquilles lors de cette même consultation et que ses réserves à se passer de ces moyens auxiliaires s'expliquaient davantage par un état d'esprit empreint d'anxiété que par un quelconque corrélat somatique. Peu importe à cet égard que les mesures physiothérapeutiques recommandées n'aient pas pu être mises en œuvre en accord avec le calendrier fixé par les spécialistes, soit parce que ces médecins et la patiente ne s'étaient pas compris s'agissant de la nécessité d'entamer ou non une réadaptation physique immédiatement après l'opération, soit parce que l'assurée n'avait de son côté pu obtenir de prise en charge à brève échéance. En tout état

cause, il apparaît en effet déjà que les seuls efforts exigés de la recourante quant au fait de devoir mobiliser de manière autonome son genou droit et se désaccoutumer des béquilles n'ont au départ pas été suivis d'effet (c. 4.2.2 supra). Il s'ensuit que rien dans les observations cliniques au dossier ne vient contredire l'estimation médico-théorique de la capacité de travail retenue par le médecin-conseil de l'intimée.

4.3.3 Pour le surplus, les exigences d'un poste de travail idéalement profilé telles que définies par le médecin-conseil apparaissent également cohérentes et dignes de foi, en particulier lorsqu'est déconseillée une activité s'exerçant en position exclusivement assise. Pour étayer cette conclusion, ce médecin se réfère dans son ultime rapport du 26 septembre 2019 à l'état du genou droit constaté à la nouvelle consultation chirurgicale du 4 juin 2019 lors de laquelle ont été rapportées des douleurs au genou droit liées à l'effort, surtout à la descente, des enflures récurrentes ainsi qu'une sensation d'instabilité, et en infère que ce genou réagirait de la même façon si la recourante travaillait uniquement assise. Si les observations du chirurgien traitant qui sous-tendent cette appréciation ont certes été rapportées pour la période courant dès le 4 juin 2019 jusqu'à la seconde opération du 7 août 2019, elles font semble-t-il état de douleurs déjà installées dans la durée au moment de cette consultation, à savoir dès avant le prononcé litigieux du 1^{er} mai 2019 ("Die Patientin klagt immer noch über belastungsabhängige Knieschmerzen [...]. Das Knie schwillt auch immer wieder an. [...]"). Quoi qu'il en soit, hormis ces aspects médicaux, le médecin-conseil mentionne également le fait qu'une activité alternant les postures permettrait de contrer chez l'assurée une perte supplémentaire de la musculature. Or, dans son rapport du 10 juillet 2019 qui spécifiait les limitations reconnues avant le prononcé de la décision sur opposition contestée, ce médecin constatait déjà que les positions debout et en mouvement étaient possibles malgré la fatigue qu'elles occasionneraient au départ en raison du manque de force et qu'elles contribueraient même à un renforcement musculaire bénéfique d'un point de vue thérapeutique. En vertu de son obligation de diminuer le dommage, il incombait dès lors à l'assurée d'atténuer le mieux possible les conséquences de l'atteinte à sa santé qui subsistaient sur sa capacité de gain après la première intervention en recherchant un poste de travail adapté à ces exigences.

Aucun temps d'adaptation ne devait lui être reconnu à cet effet, à mesure qu'une entière capacité résiduelle de travail demeurait exploitable dans sa profession apprise (voir a contrario ATF 114 V 281 c. 1d, 111 V 235 c. 2a et RAMA 2005 p. 356 c. 1.3). Bien plus, la recherche d'un tel emploi idoine s'en trouvait même facilitée pour elle à mesure que son dernier poste prétendument mal profilé avait été résilié au 1^{er} avril 2018. Certes, à l'instar de ce qui valait semble-t-il dans cet ancien emploi, le métier de pharmacienne au sein d'une officine peut impliquer de devoir travailler principalement debout. Ainsi que l'a concédé la recourante lors de son téléphone du 9 novembre 2018 avec l'intimée évoquant les conditions de travail de collègues pharmaciennes engagées dans d'autres pharmacies, il existe cependant sur le marché des emplois dans la branche permettant d'alterner les postures. Il est par exemple aisé de s'imaginer cette possibilité au sein d'une officine standard dont le cahier des charges comme pharmacienne offrirait en dehors du service à la clientèle la possibilité de s'asseoir ponctuellement pour effectuer certaines préparations en laboratoire ou des travaux administratifs, mais également auprès d'une pharmacie d'hôpital, dans le domaine de la vente par internet ou encore en tant que conseillère auprès d'une caisse-maladie.

4.4 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 que l'intimée a démontré, avec une vraisemblance prépondérante, que l'événement accidentel du 2 février 2018 n'a exercé que jusqu'au 30 octobre 2018 (au plus tard) une influence sur la capacité de travail de la recourante en tant que pharmacienne découlant de la symptomatique encore présente lors du prononcé de la décision sur opposition du 1^{er} mai 2019, étant au surplus précisé que l'incapacité de travail entière qui perdurait depuis l'accident s'est améliorée à 50% à compter du 1^{er} octobre 2018. C'est donc à juste titre que l'intimée a réduit ses indemnités journalières en se fondant sur une capacité de travail de

50% à partir de cette dernière date, puis a supprimé tout droit auxdites prestations dès le 31 octobre 2018 faute de persistance, à tout le moins dès cette date, d'une incapacité de travail pertinente en tant que pharmacienne, quand bien même les séquelles de l'accident n'étaient alors ni guéries, ni stabilisées. Comme déjà relevé (c. 1.1 supra), il demeure cependant offert à l'assurée, si cela n'a pas déjà été pris en compte par l'intimée, de solliciter une nouvelle décision de cette dernière (sujette à opposition) à raison d'une rechute postérieure à la décision sur opposition contestée dont elle entendrait inférer une reprise du droit aux indemnités journalières.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

5.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPG; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

e.r. Ph. Berberat, 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).