

200.2022.126.LAA

N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 3 septembre 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Suva
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique
Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 Lucerne 2
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 27 janvier 2022



En fait:

A.

A._____, née en 1966, travaille depuis le 16 mai 2017 dans l'horlogerie et est assurée obligatoirement à ce titre contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Par une déclaration d'accident établie le 6 juin 2019, l'entreprise employant l'assurée a informé la Suva que celle-ci avait subi un accident non professionnel en date du 17 avril 2019. L'accident était décrit en ces termes: "Mme A._____ était sur le parking du garage C._____ à D._____, elle venait chercher sa voiture, en discutant avec le garagiste, elle a reculé dans un trou de canalisation d'eau qui n'était pas protégé." Il était rapporté une déchirure au genou droit. Ces indications ont encore été complétées le 4 décembre 2019 par l'assurée. Le 7 mai 2020, cette dernière a subi une ménissectomie partielle interne au genou droit. Après avoir recueilli l'appréciation de son service médical (rapport daté du 14 mai 2020), la Suva a pris en charge les suites de l'accident qui a entraîné une incapacité de travail entière du 7 mai au 7 juin 2020.

B.

Le 27 mai 2021, l'employeuse de l'assurée a annoncé à la Suva une rechute dès le 15 février 2021 de l'accident du 17 avril 2019. L'assurance-accidents a recueilli deux rapports médicaux LAA auprès du chirurgien orthopédique traitant, lequel lui a en outre remis le résultat d'une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) réalisée le 9 mars 2021. Après avoir soumis ces éléments à un médecin conseil (prise de position y relative du 19 août 2021), la Suva a informé l'intéressée par écrit du 13 septembre 2021 qu'elle mettait un terme au 15 octobre 2020 à ses prestations liées à l'événement du 17 avril 2019. Dès lors que l'assurée s'y était opposée téléphoniquement le 21 septembre 2021, la Suva a formellement statué, le même jour, l'arrêt de ses prestations dès le 15 octobre 2020 et a nié sa responsabilité pour la rechute du 27 mai 2021.

Cette décision a été confirmée le 27 janvier 2022 par la Suva suite à une opposition de l'assurée formée par l'entremise d'un avocat.

C.

Par mémoire du 25 février 2022, l'intéressée, assistée de son mandataire, interjette recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition rendue le 27 janvier 2022 par la Suva. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de cette décision sur opposition et demande que l'intimée soit condamnée à lui verser postérieurement au 15 octobre 2020 les prestations légales découlant de l'assurance-accidents. Elle joint à son recours un rapport médical établi le 18 février 2022 par son chirurgien orthopédique traitant. Dans sa réponse du 8 mars 2022, l'intimée conclut au rejet du recours et produit une nouvelle appréciation de son médecin conseil datée du 4 mars 2022. En y joignant sa note d'honoraires, le mandataire de l'assurée a répliqué le 12 mai 2022 en annonçant un rapport médical qu'il n'a toutefois pas déposé par la suite. L'intimée a renoncé à dupliquer par courrier du 3 juin 2022 tout en maintenant formellement ses conclusions tendant au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 27 janvier 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit du droit des assurances sociales et confirme l'arrêt au 15 octobre 2020 prononcé le 21 septembre 2021 des prestations d'assurance de l'intimée liées à l'accident du 17 avril 2019, respectivement le refus de celle-ci de prendre en charge la rechute de cet événement annoncée le 27 mai 2021. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision sur opposition et l'octroi de prestations d'assurance-accidents au-delà du 15 octobre 2020. Est principalement litigieuse

l'appréciation médicale sur laquelle l'intimée s'est fondée pour considérer que les atteintes à la santé annoncées comme rechute de l'accident du 17 avril 2019 ne sont pas en lien de causalité avec cet événement.

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], applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse étant en l'état indéterminée, le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c, 56 al. 1 et 57 al. 1 a contrario 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 Tribunal examine librement la cause 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 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 LPGA).

2.2

2.2.1 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 147 V 161 c. 3.1, 129 V 177 c. 3.1 et 3.2).

2.2.2 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 ("conditio sine qua non"; ATF 147 V 161 c. 3.2). 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).

2.2.3 Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ("statu quo ante") ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ("statu quo sine"). A contrario, aussi longtemps que le "statu quo sine vel ante" n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif

préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 147 V 161 c. 3.3). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le *statu quo ante*, ni le *statu quo sine* ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (SVR 2019 IV n° 9 c. 3.2). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe - contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 c. 5.1).

2.3 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). Après l'annonce d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 c. 9.1).

2.4 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). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

2.5 Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une affection apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui peuvent conduire à un état pathologique différent (ATF 144 V 245 c. 6.1, 118 V 293 c. 2c; SVR 2019 UV n° 27 c. 4.1). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, une obligation de prester de l'assureur-accidents n'existe au sens de l'art. 11 OLAA que si les troubles nouvellement allégués et les atteintes à la santé subies lors de l'accident assuré se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate. Une obligation de prestation dans l'hypothèse d'une rechute ou de séquelles tardives ne découle pas du seul fait qu'un lien de causalité avait été reconnu dans le cas antérieur de base ou lors d'une rechute précédente (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 1994 p. 326 c. 2 et 3b; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2).

2.6 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).

3.

3.1 La Suva se rallie à l'appréciation de son chirurgien orthopédique conseil pour conclure que les troubles annoncés comme rechute de l'accident du 17 avril 2019 ne sont pas en relation de causalité avec celui-ci. Elle fait mention de l'arthroscopie du 7 mai 2020 ayant révélé des dégénérescences, à l'instar de l'arthro-IRM du 9 mars 2021 qui a permis de constater en sus une déchirure méniscale sans indication toutefois posée à un traitement chirurgical. L'intimée en conclut que seules des atteintes dégénératives expliquent les douleurs encore présentes chez l'assurée et réfute l'appréciation du chirurgien orthopédique traitant tendant à dénier à celles-ci un caractère maladif. Elle souligne que la recourante avait déjà consulté un médecin avant l'accident pour des troubles au genou droit. De son avis, cet événement n'a fait qu'aggraver une atteinte préexistante opérée le 7 mai 2020 et a cessé de déployer ses effets à la fin du traitement opératoire, à savoir le 15 octobre 2020.

3.2 S'appuyant sur un rapport médical établi le 18 février 2022 par son chirurgien orthopédique traitant, la recourante soutient pour sa part que "les atteintes qualifiées de dégénératives dans l'IRM de 2021 peuvent en réalité

s'expliquer par le délai de 15 mois pour le traitement chirurgical". De son avis en effet, "On peut imaginer que pour se déplacer avec un genou douloureux, elle [la patiente] a sans doute sollicité [sic] les autres compartiments du genou et respectivement le genou contro-latéral" (recours p. 2). En d'autres termes, l'assurée défend la thèse selon laquelle l'arthrose apparaissant à l'arthro-IRM du 9 mars 2021 aurait été précipitée par l'accident incriminé du 17 avril 2019, lequel aurait aggravé cette dégénérescence. Elle considère en conséquence que les atteintes à la santé qui l'ont amenée à annoncer une rechute de l'événement accidentel sont en lien de causalité avec celui-ci.

3.3 Dès l'abord, on précisera que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont remplies concernant l'événement du 17 avril 2019. Il n'y a ainsi pas lieu d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, en particulier la let. c de cette disposition légale qui prévoit que l'assureur-accidents, à défaut d'une preuve libératoire dûment rapportée, est tenu d'allouer ses prestations du seul fait de déchirures du ménisque non dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (c. 2.3 supra). Pour mettre fin à son obligation de prêter qu'elle avait initialement reconnue, il incombe en conséquence à la Suva d'établir que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident (c. 2.4 supra). Si cette cessation de prestations (indemnités journalières et/ou prise en charge des frais de soins) est prononcée avec effet *ex nunc* et *pro futuro* et n'implique ainsi pas de demande de restitution, l'assurance-accidents concernée n'a pas à se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale; ATF 130 V 380 c. 2.3.1). Au présent cas, l'intimée a mis fin au paiement de ses prestations au 15 octobre 2020, ainsi qu'il en ressort de sa décision du 21 septembre 2021 confirmée le 27 janvier 2022 sur opposition. Bien que le terme prenne 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 prestations étant précisément motivée par la disparition du lien de causalité, le fait de savoir si l'atteinte à la santé était stabilisée au moment où la décision sur opposition 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 art. 19 LAA).

3.4 A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport établi le 18 février 2022 par son chirurgien orthopédique traitant (dossier recourante [dos. rec.] 1). De son côté, l'intimée a joint à sa réponse une prise de position rédigée le 4 mars 2022 par un médecin d'arrondissement, spécialisé en chirurgie orthopédique. En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision (sur opposition) attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision (sur opposition) 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 (sur opposition) attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, les rapports établis par le chirurgien orthopédique traitant et le chirurgien orthopédique conseil de l'intimée ont été rendus pour les besoins de la procédure de recours puisqu'ils servent d'étayage au recours et à la réponse à ce dernier. Il n'y a partant pas lieu d'en faire abstraction dans le cadre de l'appréciation des preuves, d'autant que ces rapports analysent une situation médicale qui prévalait déjà avant le prononcé de la décision sur opposition contestée.

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 15 octobre 2020 d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes alors encore présentes au genou droit de l'assurée et l'accident du 17 avril 2019, respectivement si c'est à raison qu'elle a conséquemment aussi exclu sa responsabilité pour la rechute de cet accident annoncée le 27 mai 2021 (rétroactivement au 15 février 2021). Dès lors que la Suva a admis devoir prendre en charge les conséquences immédiates de l'événement incriminé (en l'occurrence, les frais de traitement médical et le paiement d'indemnités journalières pour la période d'incapacité de travail liée à l'opération du 7 mai 2020), c'est à elle qu'il incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve quant à la disparition du lien de causalité naturelle (c. 2.2.3 et 3.3 supra).

4.2 Il ressort du dossier les principaux éléments de fait suivants:

4.2.1 Le 17 avril 2019, le jour même de l'accident, l'assurée a consulté le service des urgences d'un établissement hospitalier. Une radiographie effectuée le même jour à son genou droit a mis en évidence un pincement fémoro-tibial interne avec remaniements du plateau tibial interne (dossier intimée [dos. int.] 10). Le 3 mai 2019, une IRM pratiquée au même genou a révélé une fissuration de stade III de la corne postérieure du ménisque interne associée à des lésions dégénératives et à une probable tendinite de la patte d'oie (dos. int. 11).

4.2.2 L'ancien chirurgien orthopédique ayant suivi la recourante dès le 5 juin 2019 au sein de l'hôpital précité a relaté, dans un rapport médical daté du lendemain (dos. int. 16/1-2), que le traitement médical conservateur instauré au départ avait été poursuivi à sa consultation avec des prescriptions de physiothérapie ainsi que d'une médication anti-inflammatoire et antalgique. Il a néanmoins rappelé que l'assurée, obèse sur le plan clinique, avait présenté en 2018 une tendinite de la patte d'oie au genou droit dont l'évolution avait d'abord été satisfaisante, mais qui avait nécessité une infiltration chez son médecin généraliste suite à une récurrence en mars 2019. Dans deux rapports médicaux établis les 11 et 13 décembre 2019 à l'attention dudit généraliste et de la Suva (dos. int. 13/1-2 et 17/1-2), ce même chirurgien orthopédique a décrit l'évolution clinique comme s'étant d'abord traduite par une amélioration progressive de la symptomatologie au cours des premiers mois ayant suivi l'accident, puis par une péjoration de celle-ci rapportée le 23 octobre 2019 à sa consultation et à l'origine d'une infiltration de la patte d'oie ayant consécutivement amendé les douleurs. Il a ensuite mentionné qu'il avait pratiqué le 20 novembre 2019 une infiltration intra-articulaire après que sa patiente eut manifesté des douleurs au niveau du compartiment fémoro-patellaire. D'après ses précisions, cette infiltration avait eu un effet bénéfique pendant une quinzaine de jours, l'assurée lui ayant à nouveau rapporté le 10 décembre 2019 des douleurs localisées surtout dans le compartiment fémoro-patellaire. Il a indiqué avoir constaté à son examen clinique des signes d'irritation à cet endroit ainsi qu'un flexum; il faisait sinon état d'un genou calme sans épanchement. Il a évoqué la nécessité à

terme d'une arthroscopie du genou droit qu'il a proposée d'effectuer chez son successeur (lui-même partant alors en retraite).

4.2.3 L'actuel chirurgien orthopédique traitant ayant repris le suivi médical dès le 13 janvier 2020 au sein du même hôpital a indiqué, dans un rapport établi le 14 janvier 2020, que sa patiente décrivait des douleurs qui s'étaient accrues au cours des deux derniers mois dans la partie antérieure du genou droit et des difficultés à monter et à descendre les escaliers. Il a attesté la présence d'une souffrance clinique dans le compartiment fémoro-patellaire à la mobilisation passive de la rotule ainsi que la perception de craquements à ce niveau-là. Vu l'évolution défavorable du traitement conservateur alors en cours depuis neuf mois, il a recommandé une méniscectomie partielle interne droite sous arthroscopie (dos. int. 19). Le 24 janvier 2020, ce même médecin a adressé un rapport médical intermédiaire à la Suva (dos. int. 20/1-2). Lors de la méniscectomie pratiquée le 7 mai 2020, il a mis en évidence des chondropathies de stades différents, à savoir des chondropathies de stade I dans le compartiment fémoro-patellaire et au niveau du plateau tibial externe ainsi que, du côté fémoro-tibial interne où il existait le plus d'usure, une chondropathie de stade III du condyle fémoral et une chondropathie de stade II du plateau tibial associée à une chondropathie de stade III dans la zone portante de celui-ci (dos. int. 21/1-2). A la suite de cette opération, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail à 100% du 7 mai au 7 juin 2020, puis a repris le travail à temps complet le 8 juin 2020 (dos. int. 29 et 30/2). Dans un rapport du 15 octobre 2020, son chirurgien orthopédique a attesté du fait qu'elle avait bénéficié le jour même d'une infiltration thérapeutique au genou droit dans le cadre d'une cure de visco-supplémentation, ainsi que d'une infiltration au niveau des tendons de la patte d'oie droite en raison d'une souffrance de type tendinite. Il a indiqué que le geste thérapeutique s'était passé sans problème particulier et que sa patiente se présenterait à nouveau à sa consultation en cas de nécessité (dos. int. 38/1).

4.2.4 Suite à la rechute annoncée à la Suva comme étant apparue dès le 15 février 2021, une arthro-IRM a été réalisée au genou droit le 9 mars 2021 avec pour indication principale à cet examen un bilan de douleurs, de craquements et de blocage articulaire audit genou (dos. int.

45/1-2). Lors de cette nouvelle imagerie, le radiologue a conclu à la présence d'une chondrolyse fémoro-tibiale médiale avec remaniements dégénératifs de l'os sous-chondral sans fragment chondral ou ostéoéchondral libre intra-articulaire, à une déchirure axiale de la corne postérieure du ménisque médial, ainsi qu'à des ulcérations chondrales de la gorge trochléenne, de la crête et de la berge médiale de la rotule sans remaniement dégénératif de l'os sous-chondral (dos. int. 45/1 et 2). Se prononçant sur cette arthro-IRM le 9 juin 2021, le chirurgien orthopédique traitant a dénié toute indication opératoire à la lésion méniscale interne sur fond dégénératif observée et a considéré que seule la chondropathie pouvait expliquer les plaintes. Il a encore mentionné avoir redirigé sa patiente vers le service de radiologie de l'hôpital où il exerçait afin que celle-ci y bénéficie au genou droit d'une infiltration de plasma riche en plaquettes (PRP) (dos. int. 43/1-3). Dans un rapport ultérieur établi le 22 juin 2021, ce spécialiste a en outre considéré qu'il n'y avait pas de nouveau traumatisme évident par rapport au début des plaintes de sa patiente (dos. int. 46/1-3).

4.3 Des médecins conseil de l'intimée ont également livré leur appréciation sur les suites de l'accident du 17 avril 2019.

4.3.1 Dans un rapport du 14 mai 2020, un médecin d'arrondissement de la Suva, spécialiste en médecine interne et en médecine intensive, a admis que l'événement incriminé avait entraîné une lésion structurelle objectivable au genou droit au niveau radiare interne. D'après lui, ce dommage sur lequel avait porté l'opération du 7 mai 2020 était imputable avec une vraisemblance prépondérante à l'accident du 17 avril 2019, dès lors que celui-ci avait péjoré de manière déterminante un état antérieur maladif important (dos. int. 22/2).

4.3.2 Par le biais d'un chirurgien orthopédique, le service médical de la Suva s'est à nouveau prononcé le 19 août 2021 sur le cas de l'assurée. A l'appui de cette prise de position, le spécialiste consulté a considéré que les troubles invoqués par la recourante à son genou droit n'étaient pas imputables à un degré de vraisemblance prépondérante à l'accident incriminé. Il a considéré que la caractéristique de la douleur orientait vers un problème fémoro-patellaire lié à une atteinte dégénérative de cette

articulation. De plus, selon lui, l'arthroscopie du 7 mai 2020 avait clairement révélé un état dégénératif du compartiment fémoro-tibial médial. Il en a conclu que l'accident du 17 avril 2019 avait cessé de déployer ses effets le 15 octobre 2020 - soit à la fin du traitement post-opératoire - et que la rechute annoncée était à considérer comme une acutisation d'un état dégénératif préexistant à cet événement (dos. int. 47/2).

4.4 En procédure de recours, le chirurgien orthopédique traitant et le chirurgien orthopédique conseil de la Suva se sont encore prononcés.

4.4.1 Dans une prise de position du 18 février 2022, le spécialiste traitant a suggéré au mandataire de sa patiente auquel était adressé son courrier de solliciter une relecture des IRM des 3 mai 2020 et 9 mars 2021 auprès d'un médecin radiologue de son hôpital et d'inviter celui-ci à décrire de manière plus détaillée l'état du cartilage articulaire au niveau des compartiments ici en cause. D'après lui, l'expression "«quelques lésions de gonarthrose tricompartmentale avec chondropathie fémoropatellaire associée» ne veut pas dire grand-chose". Il estime qu'il faut prendre en compte le fait que l'assurée a fait un examen IRM à trois mois (recte: à 16 jours) de l'accident et qu'elle a bénéficié d'un traitement chirurgical à 15 mois (recte: à 12 mois et 20 jours) du traumatisme accidentel. Il ajoute qu'il est concevable que la recourante, lors de ses déplacements avec un genou douloureux, ait sollicité les autres compartiments de ce membre, en particulier celui controlatéral.

4.4.2 Dans une appréciation médicale rendue le 4 mars 2022, le chirurgien orthopédique conseil de l'intimée a retenu de son côté que l'accident du 17 avril 2019 avait aggravé de manière déterminante et aiguë l'état du ménisque droit en présence d'une probable lésion radiaire ayant entraîné une symptomatologie douloureuse réfractaire à un traitement conservateur. D'après lui, l'articulation de ce genou présentait un état dégénératif préexistant tel qu'objectivé lors de l'arthroscopie du 7 mai 2020 et déjà supputé à l'IRM du 3 mai 2019 ayant jadis démontré des signes d'usure du compartiment fémoro-tibial interne. Ce spécialiste a en outre souligné la présence d'une obésité chez l'assurée. S'il a admis une période de rééducation nécessaire après l'opération, il a en revanche considéré que la rechute déclarée à environ une année de celle-ci devait être mise

sur le compte de la gonarthrose droite préexistante et symptomatique au vu des traitements prodigués dès 2018 audit genou. D'après lui, l'arthro-IRM réalisée le 9 mars 2021 corrobore son appréciation, puisque les atteintes qui y sont décrites sont de nature purement malade et dégénérative. Il en conclut qu'après l'arthroscopie du 7 mai 2020 suivie d'un temps de réadaptation idoine, l'accident incriminé a cessé de déployer ses effets. De son avis, la rechute est donc à considérer comme une activation d'un état dégénératif (gonarthrose) préexistant.

5.

Est contestée l'appréciation du chirurgien orthopédique conseil de la Suva déniaut toute origine accidentelle aux troubles encore présents au genou droit après le 15 octobre 2020, a fortiori dès lors aussi à ceux annoncés le 27 mai 2021 à titre de rechute de l'évènement incriminé.

5.1 Quant à la forme, on constate d'emblée que l'appréciation rendue par ce spécialiste, telle qu'elle ressort de ses prises de position des 19 août 2021 et 4 mars 2022, répond aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.6 supra). Le premier de ces rapports s'avère il est vrai succinct, mais apporte néanmoins des réponses explicites à la question de l'intimée qui portait sur l'origine accidentelle de la rechute annoncée le 27 mai 2021 (dos. int. 47/1). La seconde appréciation, davantage circonstanciée sur les questions de causalité, est en outre précédée d'une anamnèse médicale stricte et du dossier radiologique annoté par l'expert en vue d'une meilleure lisibilité de celui-ci. Cette évaluation intégrative des tous derniers éléments factuels constitue la seule source qui synthétise l'entier du dossier médical de l'assurée. Les conclusions de ce médecin conseil, étayées par la clinique stricte du cas, en particulier les rapport d'IRM et les comptes rendus des consultations spécialisées, apparaissent dénuées de toute approximation. Le contexte médical qui s'en détache s'avère ainsi conforme aux substrats cliniques objectivés au dossier. Le fait que le spécialiste conseil n'ait pas examiné personnellement la recourante et se soit prononcé sur pièces uniquement n'est pas de nature déjà à discréditer ses conclusions. L'évaluation finale

d'un médecin-conseil ne constitue de toute façon pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG, mais s'apparente au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI) et qui 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 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, une valeur probante leur sera reconnue si le dossier qui a servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de la personne assurée (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.3 avec références; voir aussi par ex.: SVR 2020 IV n° 38 c. 4.3). Dans cette hypothèse-là en effet, un examen personnel se sera avéré superflu puisque les documents au dossier auront révélé 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). Or, tel est bien le cas ici puisque le spécialiste conseil est en mesure d'appuyer ses conclusions sur une documentation médicale à la fois générale et spécialisée qui lui permet de retracer l'évolution clinique au fil de la prise en charge thérapeutique de l'assurée.

5.2 Sur le plan matériel, les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée déniaient toute origine accidentelle aux plaintes méniscales encore présentes après le 15 octobre 2020 s'appuient essentiellement sur le résultat des IRM effectuées courant mai 2020 et en mars 2021, ainsi que sur celui de l'arthroscopie pratiquée dans cet intervalle. Sur la base de la première imagerie réalisée le 3 mai 2020, le spécialiste précité rappelle tout d'abord que la fissuration de stade II de la corne postérieure du ménisque interne mise en évidence lors de cet examen s'inscrit dans un contexte de lésions dégénératives et d'une probable tendinite de la patte d'oie. Son appréciation médicale dépasse cependant la simple lecture de ce cliché d'imagerie. Il étaye en effet de manière circonstanciée sa conclusion en faveur d'une atteinte multiforme dégénérative du ménisque interne au sens d'une usure de celui-ci par l'observation, d'une part, d'une exclusion supérieure à 2 mm du compartiment fémoro-tibial interne et, d'autre part,

par une perte de résonance dans le tissu méniscal révélatrice d'une perte des qualités biomécaniques dudit ménisque interne. A raison, ce médecin avance ensuite que l'arthroscopie du 7 mai 2020 a confirmé cette dégénérescence méniscale en ayant mis au jour plusieurs chondropathies, en particulier une telle atteinte de stade III dans la zone portante du plateau tibial correspondant à une arthrose de ce compartiment. A cet égard, il précise encore que le protocole opératoire n'a pas mentionné de synovite ou d'hyperplasie synoviale et que l'atteinte dégénérative dont il est fait état ressortait déjà de la radiographie du 17 avril 2019 sous la forme d'un pincement fémoro-tibial interne. La préexistence d'une atteinte méniscale dégénérative au genou droit doit dès lors être considérée comme objectivée par l'ensemble des substrats radiologiques et opératoires mis en exergue dans cette appréciation spécialisée (ATF 138 V 248 c. 5.1; TF 8C_560/2020 du 10 juin 2021 c. 2.3). Ainsi que le précise pour le surplus ce spécialiste conseil, l'état maladif antérieur au niveau de l'articulation méniscale droite est de plus corroboré par le suivi attesté, dès 2018 en tout cas, d'une tendinite de la patte d'oie au même genou. Eu égard à ce contexte dégénératif avancé, le même spécialiste retient dès lors avec cohérence que la lésion radiaire révélée au genou droit lors de l'arthroscopie a aggravé une atteinte malade préexistante et que l'obstacle qui expliquait la symptomatologie d'origine a été levé après cette opération et une période de réadaptation adaptée (considérée logiquement comme close à la dernière consultation post-opératoire du 15 octobre 2020). En mesure au surplus de s'appuyer sur l'arthro-IRM du 9 mars 2021 ayant révélé une atteinte dégénérative de type gonarthrose primaire, ce spécialiste en infère de manière fondée que la déclaration de rechute avec reprise thérapeutique constitue une activation d'un état dégénératif préexistant sans lien avec l'événement du 17 avril 2019. Dans ce contexte clinique, il insiste à nouveau de manière fondée sur le fait que les radiographies initiales en charge avaient déjà mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale interne modérée avec remaniement osseux médial (voir présent c. 5.2 supra).

5.3 L'appréciation du chirurgien orthopédique traitant invoquée à l'appui du recours ne contredit du reste pas véritablement celle du chirurgien orthopédique conseil de l'intimée. A l'issue de sa consultation du

13 janvier 2020, le premier prénommé a certes considéré que les douleurs du compartiment méniscal interne étaient "en partie liées à la lésion méniscale et à la chondropathie", à savoir pour la seconde affection à une dégénérescence du cartilage du genou. En tout état de cause, l'intimée a elle aussi admis une causalité accidentelle à tout le moins partielle pour cette symptomatologie initiale puisqu'elle a pris en charge la méniscectomie pratiquée le 7 mai 2020 et le suivi post-opératoire ayant pris fin le 15 octobre 2020. S'agissant en revanche de la souffrance fémoro-patellaire rapportée dès novembre 2019 et à l'origine de la rechute annoncée le 27 mai 2021 comme effective depuis le 15 février 2021 (dos. int. 13/1 et 47/2), le spécialiste traitant a d'emblée considéré que celle-ci était "certainement liée à une chondropathie", à l'instar de ce qu'ont ultérieurement aussi retenu le radiologue consulté en mars 2021 et le spécialiste conseil de l'intimée. Le 15 octobre 2020, le chirurgien orthopédique traitant a en outre fait mention d'une infiltration pratiquée chez sa patiente au niveau des tendons de la patte d'oie droite en raison d'une tendinite. Or, comme déjà relevé (c. 4.2.2 supra), la présence de cette affection était déjà attestée avant l'accident du 17 avril 2019 et sa résurgence tend, elle aussi, à corroborer une évolution médicale conditionnée à présent par une atteinte préexistante d'origine exclusivement malade. Dans ses rapports LAA des 9 et 22 juin 2021, le chirurgien orthopédique traitant a d'ailleurs répondu à chaque fois par la négative à la question de savoir si les dernières constatations objectives émises en lien avec l'atteinte morphologique et fonctionnelle ainsi qu'avec les procédés d'imagerie concordaient avec l'événement accidentel et semblaient plausibles (dos. int. 43/2 ch. 6 et 46/2 ch. 6). A l'appui de son appréciation précitée du 9 juin 2021, il a en outre réaffirmé que seule la chondropathie pouvait expliquer les plaintes de sa patiente (voir c. 4.2.4 supra). Enfin, dans sa prise de position du 18 février 2022 ayant servi à étayer le recours de l'assurée, il n'a exposé qu'en tant que simple hypothèse le fait que les douleurs nouvellement invoquées au genou antérieur droit puissent découler des suites de l'accident ("On peut imaginer que pour se déplacer avec un genou douloureux la patiente a sans doute sollicité les autres compartiments du genou et respectivement le genou controlatéral"; dos. rec. 1). Or, comme déjà exposé précédemment (c. 2.2.2 supra), la simple possibilité d'un rapport de cause

à effet entre un accident et le dommage invoqué ne suffit pas à justifier le droit à des prestations. C'est également en vain que ce même spécialiste tente d'inférer du laps de temps de près de 13 mois qui a précédé le traitement opératoire une explication quant aux douleurs méniscales ayant persisté par la suite. On rappellera en effet que l'assurée a été en mesure de reprendre son travail à 100% dès le 8 juin 2020 suite à l'intervention subie et qu'elle n'a annoncé une rechute accidentelle effective qu'à compter du 15 février 2021. Il y a partant tout lieu de considérer que le traitement opératoire, loin d'augmenter ses plaintes, a dans un premier temps bien plus et significativement amélioré son état de santé. La relecture des clichés IRM des 3 mai 2020 et 9 mars 2021 que ledit spécialiste réserve par ailleurs à l'appui de son appréciation exclut également de reconnaître à celle-ci un caractère abouti et probant. Qui plus est, l'indication posée à cette relecture est étayée par le seul descriptif prétendument obscur figurant dans l'IRM du 3 mai 2019 ("quelques lésions de gonarthrose tricompartimentale avec chondropathie fémoropatellaire associée"), dont rien n'indique pourtant qu'il aurait été formulé avec imprécision ou approximation par le radiologue. En tout état de cause, on rappellera qu'en égard à la relation de confiance établie entre un(e) patient(e) et son médecin traitant, ledit médecin aura plutôt tendance dans le doute à favoriser celui-ci ou celle-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3).

5.4 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que l'événement accidentel du 17 avril 2019 n'a engendré qu'une décompensation passagère d'une atteinte dégénérative préexistante au genou droit. Eu égard au caractère bénin de l'événement incriminé qui n'a pas entraîné d'incapacité de travail initiale (ni ultérieurement, excepté pour les suites immédiates de l'arthroscopie), l'intimée ne s'est en outre pas montrée sévère envers la recourante en fixant la récupération du statu quo sine au plus tard à la date de l'ultime consultation post-opératoire du 15 octobre 2020, soit à l'échéance d'un temps de guérison de près de 17 mois. Pour parvenir à cette conclusion, la Suva disposait avec l'avis de son chirurgien orthopédique conseil et les autres éléments médicaux au dossier de toutes les informations nécessaires à l'appréciation juridique du cas si bien qu'elle pouvait

renoncer, sans violer le droit d'être entendue de l'assurée, à une instruction complémentaire - laquelle n'est au demeurant pas requise dans le recours, mais uniquement appelée des vœux du spécialiste traitant dans son rapport médical du 18 février 2022 (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). D'autres investigations s'avèreraient par ailleurs superflues en instance judiciaire. Il y a ainsi lieu de retenir qu'à compter du 15 octobre 2020 au plus tard, l'atteinte était exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident et que la recourante avait recouvré une situation de santé telle que celle-ci serait advenue tôt ou tard en fonction de l'évolution d'un état médical antérieur lié à une chondropathie fémoro-tibiale et fémoro-patellaire droite. C'est donc à juste titre que l'intimée a supprimé tout droit aux prestations au 15 octobre 2020 en l'absence, à tout le moins dès cette date, d'un lien de causalité naturelle entre l'événement incriminé et les plaintes alors encore présentes au ménisque droit. A défaut d'une relation de causalité naturelle donnée entre ces dernières et les atteintes à la santé subies lors de l'accident du 17 avril 2019, l'intimée était au surplus également fondée à refuser la prise en charge du suivi médical des plaintes au genou droit invoquées dès le 15 février 2021 à titre de rechute dudit événement.

5.5 Dès lors qu'avec une vraisemblance prépondérante, une causalité naturelle doit être niée dès le 15 octobre 2020 quant aux plaintes méniscales résiduelles de la recourante, il s'avère superflu d'examiner la question de la causalité adéquate.

6.

6.1 Sur la base de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 En application de l'art. 1 al. 1 LAA en relation avec l'art. 61 let. ^fbis LPG (raisonnement a contrario; voir aussi FF 2018 p. 1628), la procédure n'est pas soumise à des frais. S'agissant des dépens, il n'en est pas alloué à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (art. 61 let. a et g LPG; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

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.

Le président:
e.r.: Ch. Tissot, juge

La greffière:
e.r.: C. Jeanmonod, greffière

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).