



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2025 98

Arrêt du 26 mai 2026

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann
Greffière-stagiaire :	Audrey Albieri

Parties

A. _____, représentée par Me Elio Lopes, avocat,

contre

AXA ASSURANCES SA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents - rechute - causalité naturelle - *statu quo ante/sine*

Recours du 12 juin 2025 contre la décision sur opposition du 15 mai 2025

considérant en fait

A. Par décision du 15 mars 2024, confirmée sur opposition le 15 mai 2025, Axa Assurances SA (ci-après Axa) a refusé de prendre à sa charge le cas de son assurée A._____, secrétaire médicale née en 1968, cas qui lui avait été annoncé le 22 juillet 2023 comme une rechute des troubles au niveau de son genou droit occasionnés par un accident à ski subi le 16 février 2015, évènement déjà annoncé à l'époque.

Axa considérait, au vu du dossier médical, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident survenu en 2015 et les atteintes méniscales alléguées et réduites par arthroscopie pratiquée le 9 août 2023 par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et, par ailleurs, ancien employeur de l'assurée.

B. Représentée par Me Elio Lopes, A._____ interjette recours contre la dernière décision sur opposition le 12 juin 2025, concluant, avec suite de frais et d'une indemnité de partie, à son annulation et, partant, à l'allocation des prestations d'assurance LAA (prise en charge des traitements médicaux et versement des indemnités journalières) dans le cadre de la rechute de l'accident du 16 février 2015, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise [judiciaire] afin de déterminer l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes annoncées en 2023 et l'accident de 2015, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à Axa pour mise en œuvre d'une telle expertise. A l'appui de son mémoire, elle fait valoir, rapports médicaux du médecin traitant à l'appui, que les lésions méniscales traitées en 2023 ont été causées par sa chute à ski au cours de laquelle son genou droit avait subi un « *mouvement rotatoire massif* ». Elle reproche notamment au médecin conseil d'Axa de s'être prononcé dans un premier temps sans avoir été en possession des images de l'IRM pratiquée en 2015, ce qui attesterait d'un préjugé de sa part.

Dans ses observations du 28 juillet 2025, Axa propose le rejet du recours, renvoyant au dossier et faisant en substance remarquer qu'une déchirure traumatique au ménisque ne pouvait rester muette pendant 8 ans.

A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions.

Pour sa part, la recourante a produit un nouvel avis médical et demandé l'audition de ses deux enfants.

Elle a également sollicité la tenue d'une séance de débats publics au sens de l'art. 6 al. 1 CEDH.

Quant à Axa, elle a déposé une appréciation médicale se prononçant sur le dernier avis médical produit par la recourante.

Le 9 avril 2025, la recourante a encore produit des images en qualité photographique de l'arthroscopie ainsi qu'un rapport de physiothérapie datant de 2015, mais cela n'a pas fait changer sa position à Axa qui a, enfin, soumis ces pièces à l'avis de l'auteur de la dernière appréciation médicale.

Il sera fait état du détail des arguments soulevés par les parties dans les considérations en droit du présent arrêt, dans le cadre desquelles seront examinés leurs moyens de preuve et les différents avis et appréciations médicales figurant au dossier.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, par une assurée valablement représentée et directement atteinte par la décision querellée.

Partant, il est recevable.

2.

Règles relatives à la notion d'accident – lien de causalité

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

L'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) précise qu'est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références).

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose, tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.1 et les références).

Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyens de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b; arrêt TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

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 (arrêt TF 8C_67/2024 du 15 juillet 2024 et les références).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

2.4. Finalement, le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

3.

Règles relatives au droit aux prestations en cas de rechutes ou de séquelles tardives

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 11, 1^{ère} phrase, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (arrêt TF 8C_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références).

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 affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des

modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (arrêt TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1 et les références).

Les rechutes ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initiale) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (arrêt TF 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 3 et les références).

4.

Règles relatives à l'appréciation des preuves

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Le simple fait que le médecin d'un assureur social est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

4.4. Finalement, vu la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation par le médecin traitant, dès lors que celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5.

Objet du litige

Est en l'espèce litigieuse l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes au genou droit observées en juillet 2023 - et annoncées comme une rechute – et celles causées par un accident à ski subi en 2015.

Concrètement, c'est essentiellement le refus de prise en charge d'un traitement chirurgical au mois d'août 2023 qui est contesté.

Qu'en est-il ?

6.

Eléments figurant au dossier - historique médico-administratif

6.1. Accident de 2015 et ses suites

La recourante, secrétaire médicale née en 1968, avait annoncé le 9 mars 2015 avoir subi un accident à ski le 16 février 2015, qui avait été décrit comme suit : « *Lors de la dernière descente à ski pour regagner le parking, à la suite d'un freinage en bord de piste côté droit, j'ai glissé sur de la glace et j'ai chuté en arrière en écartant les jambes. Mon genou droit a craqué* » (dossier Axa, pièces A1 et A2).

Il est à noter que l'employeur de la recourante était alors le Dr B._____, spécialiste en orthopédie-traumatologie qui finira par l'opérer au mois d'août 2023.

Un rapport initial émanant de ce dernier et daté du 19 mars 2015 faisait état, se référant en ceci à une IRM, d'un « *épanchement intra-articulaire. Œdème. Déchirure du ménisque interne (fissure)* » (dossier Axa, M1).

Le rapport d'IRM rédigé par le Dr C._____ concluait à une « *contusion osseuse œdémateuse postérieure du condyle latéral, contusion associée sans rupture de l'insertion condylienne du tendon poplité et des ligaments collatéraux* ». Il relevait par ailleurs une « *petite image fissuraire grade II de la partie moyenne du ménisque médial* » ainsi qu'un « *épanchement modéré intra-articulaire avec un important œdème sous-cutané* » ainsi qu'une « *discrète infiltration œdémateuse sans rupture du ligament croisé antérieur* » (dossier Axa, M2).

Concernant plus précisément la zone méniscale du genou droit, le Dr C._____ mentionnait : « *Ménisques : petit hypersignal linéaire de grade II intéressant la partie moyenne du ménisque médial, petit spot d'hypersignal au niveau de la corne postérieure de grade I. Le ménisque latéral est normal, pas de signe de désinsertion* ».

Le Dr B._____ indiquait avoir prescrit de la physiothérapie, envisageant pour la suite « *éventuellement une arthroscopie du genou droit* » (dossier Axa, M1 précitée).

6.2. Annonce d'une rechute - suites administratives

Par courriel du 22 juillet 2023, la recourante annonçait une rechute : « *présentant des douleurs de mon genou droit qui se sont amplifiées ces jours passés nécessitant un RV chez le Dr B._____, je vous prie de bien vouloir rouvrir ce cas (rechute)* » (dossier Axa, A5).

Elle fut opérée via arthroscopie pratiquée le 9 août 2023 par ce dernier spécialiste qui indiqua réduire une déchirure méniscale complexe.

Après avoir procédé à une première instruction, Axa informait le 28 novembre 2023 son assurée de son intention de ne pas reconnaître sa responsabilité, faute notamment d'une forte dégradation depuis la clôture, à l'époque, du dossier : « *le 22 juillet 2023, vous nous avez signalé et avez demandé que des prestations vous soient à nouveau versées dans le cadre de l'assurance-accidents légale. Votre traitement s'étant achevé le 17 juin 2015, nous avons clos le cas le 29 décembre 2015. Avant votre déclaration de rechute du 22 juillet 2023, aucune nouvelle nécessité de traitement ni incapacité de travail n'ont été attestées. Une rechute est avérée si votre état de santé s'est fortement dégradé depuis la clôture du cas et que cette dégradation est liée à l'accident. Après examen de la situation médicale, il apparaît que votre état de santé n'a pas considérablement évolué depuis la fin du traitement. L'évaluation des prestations, qui a force de chose jugée, demeure de ce fait inchangé. Les coûts ne sont donc pas pris en charge par l'assurance-accidents légale. Nous vous conseillons de vous adresser à la caisse-maladie pour la prise en charge des coûts* » (dossier Axa, A17).

Suite aux objections de la recourante, Axa rendra une décision formelle de refus de prester le 15 mars 2024, relevant notamment à cette occasion que « *les documents que vous nous avez transmis ne suffisent pas à prouver de manière crédible la rechute en question. (...) Pour pouvoir apprécier le lien de causalité dans le cas susmentionné, nous avons transmis les documents en notre possession à notre service médical. Ce dernier estime que le lien entre l'évènement susmentionné et les troubles dont vous souffrez ne peut être établi avec le degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la loi* » (dossier Axa, A31).

La recourante s'étant opposée à cette décision le 4 avril 2024 (dossier Axa, A33) - opposition notamment complétée le 25 avril 2024 (dossier Axa, A42), moment à partir duquel elle a été représentée par son mandataire qui a produit de nouvelles pièces médicales – Axa a rendu la décision sur opposition querellée objet de la présente contestation (dossier Axa, A66).

Les rapports et avis médicaux produits par les parties à la suite de l'annonce de rechute sont plus particulièrement examinés dans la section suivante.

7.

Rapports figurant au dossier à partir de l'annonce de la rechute – querelle médicale

Figurent notamment au dossier les rapports et avis médicaux émanant du Dr B. _____, chirurgien traitant et employeur en 2015 de la recourante ainsi que ceux émanant du médecin consultant de l'assureur, le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur l'avis duquel s'est fondée Axa pour refuser toute prise en charge.

Les deux spécialistes ont fini par se répondre, nouant dans les faits un dialogue à distance pouvant s'apparenter à une querelle de spécialistes.

7.1. Thèse du Dr B. _____ - un cas de rechute

Les douleurs nouvellement ressenties par la recourante au mois de juillet 2023 ont été commentées par le Dr B. _____ qui l'opéra le 9 août 2023.

7.1.1. Dans un rapport du 16 août 2023, le spécialiste relevait le caractère « *complexissime* » d'une déchirure du ménisque interne ainsi que d'une seconde déchirure au niveau du ménisque externe: « *déchirure complexissime du ménisque interne touchant la partie postérieure, la jonction postéro-moyenne et la corne moyenne. Déchirure de la corne moyenne du ménisque externe. Synovite sous-rotulienne* ».

Il indiquait, dans ces conditions, avoir réalisé le 9 août 2023 une « *arthroscopie du genou à droite avec résection de synovite, menisectomie externe partielle et suture du ménisque interne* » (dossier Axa, M4).

A l'appui du protocole opératoire de l'intervention précitée, le Dr B._____ précisait que sa patiente avait été « *victime d'un accident de ski en 2015 avec des douleurs depuis qui ne passent pas et qui sont plutôt exacerbées ces derniers temps, à la suite d'un faux-mouvement* ».

Il soutenait que la déchirure du ménisque interne, « *complexe et importante* », n'avait « *absolument rien à voir avec ce qui est décrit sur l'IRM* ».

Il constatait, cela étant, également la présence d'une « *chondrite de stade III du condyle interne* », notant, en plus de la lésion, « *une instabilité du ménisque et une autre déchirure intra-méniscale longitudinale instable* », celle-ci ayant été suturée.

7.1.2. Dans un rapport du 23 août 2023, il évoquait encore la déchirure du ménisque interne du genou droit en 2015 comme une « *circonstance particulière pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison* » (dossier Axa, M7).

7.1.3. Au mois de juin 2024, le Dr B._____ répondait aux questions du mandataire de la recourante (rapport du dossier Axa, M15).

Il revenait sur les suites de l'accident subi à ski en 2015 : « *la patiente a été vue le 2 mars 2015 à la suite d'une chute à ski, le 16 février de la même année, concernant le genou à droite. Une semaine après l'accident, la patiente présente toujours des douleurs aux rotations (généralement typiques d'un problème méniscal)* ».

Il reprochait au Dr D._____ ne n'avoir jamais rencontré la recourante, et de n'avoir ainsi pu poser une bonne anamnèse, cette dernière étant « *fortement suspecte d'une déchirure méniscale* », l'examen clinique faisant pour sa part également « *fortement* » suspecter une telle déchirure diagnostiquée au demeurant par l'IRM. Sur ce dernier point, il disait qu'il ne fallait pas tenir compte de l'interprétation du Dr D._____ car il n'était pas un spécialiste en radiologie, seul l'avis des radiologues étant déterminant.

Il considérait, « *compte tenu de la définition selon la jurisprudence du TF* » que l'atteinte constituait une rechute, précisant que la recourante avait présenté en juillet 2023 de nouvelles douleurs après un « *faux-mouvement* ».

Sur la question du constat médical à poser, le Dr B._____ disait privilégier l'investigation concrète réalisée en cours d'opération : « *les troubles du genou droit mis en évidence lors de l'IRM du 5 juillet 2023 et lors de l'arthroscopie du 9 août 2023 sont les mêmes sauf que l'arthroscopie qui est un examen dynamique (je glisse un crochet au niveau de la lésion méniscale pour m'assurer que ce ménisque est stable) alors que l'examen par IRM est un examen statique qui ne permet pas de déceler une instabilité méniscale* ».

Il affirmait, cela étant, que l'imagerie de 2023 était superposable à celle de 2015, à l'exception de la lésion nouvelle au niveau du ménisque externe : « *Globalement, les IRM de 2015 et de 2023 sont superposables, l'examen par arthroscopie (mise à part la lésion du ménisque externe) rejoint le diagnostic IRM* ».

Sur la base de quoi, il concluait : « *en résumé, tout est lié à l'accident de 2015* ».

7.1.4. Au début du printemps 2025, le Dr B._____ a une nouvelle fois été invité à se prononcer par le mandataire de la recourante, qui souhaitait le confronter à l'opinion du Dr D._____ selon laquelle aucune lésion du ménisque n'avait été constatée en 2015, ni même de lésion ligamentaire, celle-ci accompagnant presque toujours celle-là.

Après avoir relevé la présence à l'époque d'une « *image fissuraire du ménisque interne mais en plus d'une contusion osseuse œdématisée* », le Dr B._____ a répondu de la manière suivante : « *certes un traumatisme à haute énergie (accident de la circulation ou accident de ski chez les professionnels) engendre, généralement et effectivement, d'abord une lésion ligamentaire puis une lésion méniscale. Par contre, lors de traumatismes à basse énergie, tels que rencontrés chez le commun des mortels, il y a des lésions méniscales sans forcément avoir une lésion ligamentaire. Je le répète, ce cas est typique d'accident selon l'art. 4 de la LPGA : en effet, une contusion osseuse œdémateuse ne peut pas survenir sans un accident, une chute ou un évènement, c'est physiquement impossible. D'autre part, l'épanchement et la lésion méniscale sont clairement en rapport avec un évènement, un accident ou un traumatisme* » (rapport du 9 avril 2025, dossier Axa, M18).

Le spécialiste suggérait, dans tous les cas de figure, se référant en cela à l'art. 6 al. 2 LAA, une prise en charge de l'assurance-accidents puisque « *la lésion méniscale est une lésion associée à un accident et que, dans le cas de Mme, il n'y a aucun trouble dégénératif dans ce genou. A aucun moment, ni l'Axa, ni le médecin-conseil ne pourront argumenter qu'il y a une quelconque arthrose ou un quelconque signe dégénératif dans le genou de l'assurée* ».

7.2. Thèse du Dr D._____ - pas un cas de rechute

L'assureur a soumis le cas de la recourante à plusieurs reprises à son médecin-conseil, le Dr D._____, celui-ci ayant été amené à se prononcer sur les rapports du Dr B._____.

7.2.1. Dans sa première évaluation du cas, datée du 18 novembre 2023 (dossier Axa, M14), il déclarait que l'état de santé de la recourante n'avait pas changé entre la fin du traitement ou après l'interruption des prestations et l'annonce de la rechute : « *selon les rapports de l'IRM, il n'y a pas de changement entre l'état du genou en 2015 et 2023. D'ailleurs, on ne trouve pas de lésion du ménisque externe ni de déchirure instable du ménisque interne* ».

Selon lui, les plaintes alléguées n'étaient pas à considérer comme une rechute ou une séquelle tardive d'un autre évènement, « *au degré de la vraisemblance prépondérante (< 50%)* ».

Il motivait ainsi son opinion, précisant toutefois ne pas avoir eu l'imagerie de 2015 à sa disposition, s'étant uniquement fié à ce que les rapports en disaient : « *Il y a une fissure stable de la corne postérieure depuis 8 ans et pas de lésion du ménisque externe. Il n'y a pas l'imagerie de 2015 et je ne peux pas savoir si cette fissure décrite à l'IRM en 2015 est post-traumatique ou pas, mais en tout cas une déchirure instable depuis 8 ans aurait évolué vers une dégénérescence du ménisque* ».

7.2.2. Trois mois plus tard, au mois de février 2024, le Dr D. _____ maintenait sa position : *« il n'y a aucun lien de causalité entre la contusion au genou et les plaintes actuelles de l'assurée ainsi que l'opération de 2023. Sur l'IRM, on retrouve une méniscopathie banale du ménisque interne, telle qu'elle est décrite à l'IRM, ainsi qu'une tendinite patellaire. En tout cas, il n'y a aucune déchirure complexe méniscale »* (évaluation du 17 février 2024, dossier Axa, M14).

Il relevait, cela étant, que l'état de santé de la recourante ne pouvait pas être évalué avant l'évènement annoncé et répétait que l'imagerie de 2015 était manquante.

7.2.3. Au début de l'année 2025, le Dr D. _____ pouvait enfin se prononcer sur la base de l'imagerie de 2015 (évaluation du 26 janvier 2025, dossier Axa, M 17).

Il mentionnait tout d'abord les diagnostics retenus d'une contusion du genou droit en 2015, et d'une déchirure complexe des ménisques externes et internes en 2023.

Après quoi, il s'était enfin penché, pour la première fois, sur les images de 2015 pour exclure la présence de toute lésion méniscale traumatique à l'époque : *« j'ai regardé attentivement l'imagerie de 2015 (qui n'était pas disponible avant) qui ne montre aucune lésion méniscale ni du ménisque interne ni du ménisque externe ni de lésion ligamentaire. Il y a une contusion du condyle externe du fémur, mais autrement, il n'y a aucune lésion ménisco-ligamentaire traumatique. D'ailleurs, il n'y a pas d'épanchement articulaire significatif qui devrait associer sans exception une déchirure ligamentaire ou méniscale. Le radiologue décrit un « épanchement modéré » mais il y a une lame liquidienne qui ne peut pas être qualifiée d'épanchement. Il faut aussi noter que les radiologues ne décrivent nulle part de déchirure méniscale. Le rapport décrit un « minime hyper-signal horizontal » qui n'est absolument pas une déchirure méniscale. Idem pour le ligament croisé antérieur. Une lésion méniscale est pratiquement toujours associée avec une lésion ligamentaire qu'il n'y certainement pas dans ce cas »*.

Il confirmait, dans ces conditions, l'absence de toute déchirure du ménisque interne (*« Non. A l'IRM effectuée trois semaines après le traumatisme, il n'y a aucune déchirure méniscale et aucune déchirure méniscale n'est décrite »*), comme de toute lésion du ménisque externe (*« Non. Il n'y a aucune lésion du ménisque externe à l'IRM et aucune lésion n'est décrite »*).

En définitive, il excluait tout lien de causalité entre les troubles pour lesquels l'opération avait été pratiquée en 2023 et le sinistre du 16 février 2015 : *« Très certainement pas. A l'IRM effectuée après 3 semaines, il n'y a pas de déchirures méniscales. Il ne s'agit pas d'une interprétation personnelle, le rapport ne décrit pas non plus de déchirures méniscales. La seule pathologie post-traumatique est une contusion du genou qui arrête de produire des effets 6 semaines après le traumatisme. Les déchirures méniscales diagnostiquées par le Dr B. _____ en 2023 sont certainement dégénératives et sans lien avec cet accident »*.

Il précisait enfin : *« l'imagerie ne laisse aucun doute sur l'absence de déchirure méniscale »*.

8.

Autres rapports figurant au dossier

Le dossier médical contient d'autres rapports n'émanant pas des deux spécialistes précités.

8.1. *Rapport IRM de la Dre E. _____ (juillet 2023)*

Dans un rapport du 25 juillet 2023 adressé au Dr B. _____ et antérieur dès lors à l'opération chirurgicale du 9 août 2023, la Dre E. _____, spécialiste en radiologie, indique avoir examiné la patiente, pour une « chute sur le genou droit en 2015 avec déchirure du ménisque interne » et « récurrence le 10 juillet 2023 », précisant à cet égard : « ménisques suspects » (dossier Axa, M5).

A l'issue de son examen, ayant procédé à une comparaison des clichés réalisés entre 2015 et 2023 qu'elle jugeait superposables, elle a conclu à l'absence d'une lésion osseuse post-traumatique. Elle a en outre observé que « par rapport aux images antérieures, on retrouve la fissure horizontale oblique du ménisque interne, d'aspect superposable et non déplacée », en regard de laquelle existait une « petite chondropathie de grade I ».

Elle a remarqué l'« intégrité des ligaments collatéraux et croisés », relevé un « épanchement articulaire de petite abondance » et signalé enfin une « tendinopathie patellaire, d'aspect légèrement ondulé et avec des hypersignaux respectivement sur les insertions patellaire et tibiale ».

Concernant le ménisque externe, elle a retenu son « intégrité morphologique », ainsi que celle du « recouvrement cartilagineux fémoro-tibial latéral ».

Elle a également signalé une « chondropathie rétro-patellaire modérée, grade I ».

8.2. Rapport du Dr F. _____ (novembre 2025)

Dans un rapport rédigé à la demande de l'avocat de la recourante et daté du 10 novembre 2025 le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a répondu aux questions posées par le mandataire, pour finalement confirmer la thèse d'une rechute :

Le spécialiste est tout d'abord revenu sur les circonstances mécaniques de l'accident subi en 2015, laissant entendre que celui-ci était de nature à provoquer « la lésion du ménisque interne » : « Les circonstances de l'accident du 16 février 2015 correspondent à une chute avec mouvement de rotation important, accompagné d'une flexion du genou, ce qui engendre une forte contrainte mécanique au niveau du ménisque interne et qui pourrait physiologiquement provoquer ce type de lésion méniscale, associée à une lésion capsula-ligamentaire. Les images d'IRM de 2015 confirment une atteinte capsula-ligamentaire des structures collatérales surtout en externe au niveau du tendon poplité. Cela pourrait être lié à une distraction du compartiment externe et par conséquent, un fort mécanisme de varus en flexion rotation infligeant une forte compression en rotation d'une structure articulaire sur le ménisque interne et donc provoquer la lésion du ménisque interne. Donc pour répondre à votre première question, ce mécanisme de flexion rotation soudain forcé par la suite en extension provoque de type de lésion, surtout lorsqu'un blocage du pied et de la jambe, ce qui était le cas dans la chaussure de ski, de sorte que la rotation finale physiologique ne peut pas s'effectuer ».

Il a observé l'existence d'une fissure et d'une déchirure de la corne postérieure et à la limite du corps moyen du ménisque interne, visibles selon lui sur les images de l'époque : « L'IRM de 2015 nous confirme des structures capsula-ligamentaires collatérales en interne et en externe œdématisées, associées à une contusion osseuse du condyle fémoral externe. Cela est la traduction d'un mécanisme de forte torsion de genou, associée à une fissure et déchirure de la corne postérieure et à la limite du corps moyen du ménisque interne. Ces lésions sont tout à fait visibles sur les images d'IRM et les séquences d'images coronales, sagittales et axiales du 4 mars 2015 ».

Ainsi, une déchirure du ménisque interne avait déjà été causée par l'accident de 2015 et elle serait devenue complète en 2023: « *L'accident du 16 février 2015 constitue à haut degré de la vraisemblance prépondérante dans la déchirure du ménisque interne et des lésions constatées sur l'IRM. Cela a engendré l'évolution finale vers une déchirure complète et complexe du ménisque interne résiduel à cet accident qui a nécessité la prise en charge chirurgicale arthroscopique du Dr B._____ en 2023* ».

L'imagerie de 2015 le montrait clairement, donnant à penser que les lésions allaient s'aggraver progressivement malgré un traitement conservateur au départ: « *L'analyse des images d'IRM de 2015 nous montre clairement le genou droit avec son status post-traumatique d'entorse. L'analyse des images et l'état du ménisque nous montre une lésion de type déchirure du ménisque interne clairement sur la séquence coronale, sagittale et axiale. Sur ce point, je ne suis pas d'accord avec le Dr D._____, le médecin conseil de l'assurance Axa, parce que l'analyse claire des images nous montre ces lésions déjà en 2015 et nous pourrions nous attendre à ce que ces lésions s'aggravent progressivement par la suite malgré un traitement conservateur primaire bien conduit au départ. Pour moi, l'imagerie ne laisse aucun doute sur la présence de la déchirure méniscale interne* ».

8.3. *Appréciation médicale du Dr G._____ (janvier 2026 - avril 2026)*

Axa a finalement soumis le dossier au Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

8.3.1. Ce dernier s'est à son tour prononcé le 12 janvier 2026, pour finalement résolument exclure un cas de rechute: « *En conclusion, la lésion méniscale décrite à partir de 2023, n'est absolument pas en relation de causalité avec l'événement du 16.02.2015* ».

Dans un premier temps, ce dernier spécialiste a écarté l'hypothèse d'une rupture méniscale accidentelle qui serait survenue en 2015, estimant l'altération constatée alors au niveau du ménisque interne comme le signe d'une dégénérescence mucoïde: « *L'altération hyper-intense du signal dans la région du ménisque interne est clairement intra-méniscale et sans ramification dans la surface supérieure ou inférieure du ménisque, ce qui correspond donc à une dégénérescence mucoïde purement intra-méniscale et d'orientation horizontale. Le ménisque interne et l'appareil ligamentaire sont entièrement intacts. Après avoir examiné les images IRM de 2015, je partage entièrement l'avis du radiologue qui a diagnostiqué une lésion de grade II au niveau du ménisque, ce qui ne correspond pas à une rupture du ménisque, mais à une altération intra-méniscale du signal d'origine exclusivement dégénérative. Les extraits d'images correspondants (images 1-3, IRM 2015) sont joints à ce rapport. Le rapport formalisé rétrospectif et établi après l'IRM par le Dr B._____ le 19 mars 2015 montre que l'articulation du genou était stable, ne présentait aucun épanchement et que le signe du ménisque était positif en position médiale* ».

L'interprétation du Dr B._____ qui avait vu une déchirure du ménisque interne ne serait ainsi pas correcte: « *Le Dr B._____ affirme ici que l'IRM a révélé une déchirure/fissure au niveau du ménisque interne, ainsi qu'un épanchement intra-articulaire et un œdème (sans toutefois préciser où celui-ci se trouvait). Ces informations sont manifestement incorrectes: l'IRM du 4 mars 2015 ne montre ni épanchement intra-articulaire significatif, ni déchirure du ménisque interne. Sur le plan clinique, l'altération du signal au niveau du ménisque interne était manifestement sans importance, car le Dr B._____ n'a à aucun moment documenté de restriction de mouvement* ».

L'absence de toute lésion méniscale accidentelle serait attestée par le premier diagnostic au départ d'une contusion banale traitée comme telle et dont la guérison aurait été obtenue dans les quatre mois : *« Le fait qu'il s'agissait d'une contusion banale d'un point de vue biologique est également démontré par le fait qu'Axa n'a plus versé aucune autre prestation en rapport avec l'accident après le 4 mars 2015 et que l'assurée, qui a d'ailleurs travaillé depuis 2006 jusqu'en 2021 comme secrétaire du Dr B. _____, n'a pas eu une seule autre consultation chez le Dr B. _____ pendant 8 ans, alors qu'elle le voyait pratiquement tous les jours. En ce qui concerne l'événement du 16 février 2015, on peut donc constater rétrospectivement que l'assurée a atteint un statu quo sine au plus tard 4 mois après l'événement c-à-d au plus tard le 16 juin 2015 et qu'une rechute ne peut donc être invoquée ».*

Ce constat serait confirmé par les images réalisées en 2023 et la disparition des traces de toute contusion : *« Le fait que l'assurée ait atteint un statu quo sine en ce qui concerne cet événement est confirmé par l'IRM du 25 juillet 2023- dont je dispose également des images -, sur laquelle la contusion osseuse postéro-latérale au niveau du condyle fémoral et l'œdème diffus des tissus mous pérpatellaire ne sont plus visibles ».*

L'hypothèse, dès lors, d'une rechute huit ans plus tard ne serait pas soutenable : *« Huit ans plus tard et sans une seule consultation, sans un seul document médical qui prouverait des symptômes de pont pendant cette période, l'assurée annonce une rechute le 22 juillet 2023. Une fois encore, le Dr B. _____ ne fournit aucun résultat cliniquement exploitable, en particulier avant l'IRM du 25 juillet 2023. Dans son rapport initial formalisé, qu'il n'a d'ailleurs rédigé que 14 jours après l'arthroscopie du genou, le Dr B. _____ constate laconiquement que l'assurée souffrait de douleurs au genou depuis plusieurs jours, qu'il avait constaté, à l'aide d'une radiographie conventionnelle, un rétrécissement de l'espace articulaire du côté médial, qu'il avait constaté une déchirure en 2015 et qu'il avait constaté et traité, lors de son arthroscopie, une déchirure complexe au niveau du ménisque interne et externe. Le rapport formalisé rétrospectif du Dr B. _____ montre que, selon les informations fournies par le Dr B. _____, l'assurée s'est présentée à son cabinet le 17 juillet 2023 parce qu'elle (citation du Dr B. _____) « souffrait depuis plusieurs jours de douleurs au genou droit » ».*

Le Dr G. _____ a également émis des doutes au sujet des indications médicales données par le Dr B. _____ : *« Ces informations sont en contradiction totale avec celles fournies par le Dr B. _____ dans son rapport opératoire du 09 août 2023, dans lequel il écrit sous « rappel anamnestique » (citation) : « cette patiente est victime d'un accident de ski en 2015 avec des douleurs depuis qui ne passent pas et qui sont plutôt exacerbées ces derniers temps à la suite d'un faux mouvement ». Ces informations figurant dans son rapport opératoire ne sont absolument pas plausibles ni crédibles, étant donné que l'assurée n'a pas consulté une seule fois pendant les six années depuis l'événement en 2015, alors qu'elle a été employée comme secrétaire médicale par le Dr B. _____ jusqu'à novembre 2021 et que ce dernier indique dans son rapport médical initial de la première consultation du 17 juillet 2023 que l'assurée ne souffrait de douleurs que depuis quelques jours ».*

Ce dernier n'aurait par ailleurs procédé à aucune évaluation clinique du genou droit, ceci alors même qu'il paraissait selon le Dr G. _____ évident que ce genou présentait un varus (= déformation de la jambe qui part en dedans) : *« À aucun moment, ni en 2015 ni en 2023, le Dr B. _____ n'a évalué l'état clinique orthopédique du genou d'une manière digne d'un spécialiste en orthopédie : la démarche n'est jamais décrite. Les axes des jambes ne sont objectivés ni cliniquement ni*

radiologiquement de manière conventionnelle par une radiographie de la jambe entière, bien que radiologiquement (Dr B._____ 2023 : pincement interne) et par tomographie par résonance magnétique (IRM du 25 juillet 2023) on constate des indications claires suggérant que l'assurée présente un axe de jambe varus ».

A côté de cela, l'opération réalisée par le Dr B._____ est également critiquée, la suture pratiquée ne prouvant aucunement qu'une lésion « très complexe » du ménisque interne était présente, les images de l'IRM de juillet 2023 n'en montrant pas : « *Dans son rapport opératoire du 09 août 2023 le Dr B._____ décrit ensuite une lésion très complexe du ménisque interne et explique qu'il a également suturé cette lésion complexe. On peut bien sûr tout suturer, mais d'une part, le Dr B._____ ne fournit aucune preuve sous forme d'images peropératoires, que la lésion complexe, qu'il prétendait avoir suturée, était réellement présente, bien qu'Axa lui ait demandé de fournir ces images, car l'IRM de 2023 ne montre pas de lésion complexe du ménisque interne, mais essentiellement une altération horizontale du signal, simplement plus étendue par rapport aux images de 2015 ».*

Une intervention n'était ainsi pas justifiée, selon le Dr G._____, que cela soit au niveau du ménisque interne comme du ménisque externe. Par ailleurs, dans la mesure où une lésion complexe du ménisque aurait été plutôt d'origine dégénérative, celle-ci aurait alors dû être conduite autrement : « *De plus, une lésion complexe du ménisque serait elle aussi au degré de la vraisemblance prépondérante d'origine dégénérative et ne peut être traitée par suture, mais doit être réséquée. De même, l'IRM de 2023 ne montre aucune lésion du ménisque externe justifiant une opération, mais tout au plus une altération du signal purement intra-méniscale près de la base, qui ne justifiait certainement pas l'intervention ».*

Le spécialiste relevait enfin des contradictions dans le soutien de la thèse en faveur de la recourante : « *Dans ce contexte, je me pose également la question suivante: pourquoi l'avocat de l'assurée a-t-il chargé le Dr F._____, FMH chirurgie orthopédique, de réaliser une expertise partisane? N'est-ce pas en totale contradiction avec le Dr B._____ qui, dans sa lettre du 9 avril 2025 à l'avocat Lopes, affirme à nouveau que les conclusions du Dr D._____ concernant les IRM sont sans valeur, car il n'est pas spécialiste en radiologie? Et n'est-il pas également discutable de demander un deuxième avis à un collègue (Dr F._____) qui travaille dans la même clinique que le Dr B._____ ? Peut-on vraiment considérer cela comme un deuxième avis indépendant ? À mon avis, cela soulève de sérieux doutes ».*

8.3.2. Le Dr G._____ s'est encore penché sur les derniers clichés photographiques remis par la recourante.

Selon lui, la suture de la lésion « complexe » n'était pas visible : « *Non seulement le Dr B._____ ne nous permet pas de déterminer avec certitude quelles lésions ces images représentent, puisqu'il ne les a pas annotées, mais sa documentation peropératoire doit également être jugée insuffisante, car la suture de la lésion complexe du ménisque interne n'est pas visible et n'est donc pas correctement documentée ».*

Le Dr G._____ concluait ainsi que les conclusions du Dr B._____ n'avaient pas été objectives, soulignant pour sa part, au vu de la morphologie des lésions décrites par ce dernier, que celles-ci étaient d'origine exclusivement dégénérative : « *En résumé, on peut toutefois retenir que le Dr B._____ a lui-même qualifié les lésions qu'il a constatées, d'un point de vue morphologique, d'une part de «complexes» (modification 1) et, d'autre part, de «longitudinales» (modification 2). De*

telles modifications morphologiques sont toutefois au degré de la vraisemblance prépondérante dues exclusivement à des causes dégénératives. Le fait qu'il s'agisse de lésions d'origine dégénérative est confirmé non seulement par la morphologie décrite par le Dr B. _____, mais aussi par le fait que ce dernier a également constaté, au niveau du condyle interne, une chondropathie avancée, d'au moins grade III. »

Le Dr G. _____ confirmait donc sa précédente analyse : « Ces images confirment donc mes conclusions telles que je les ai formulées dans le rapport du 12 janvier 2026, selon lesquelles les lésions méniscales ne sont pas en lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 16 février 2015 ».

9.

Discussion

La question est donc de savoir si les lésions observées en juillet 2023 au niveau du genou droit constituent une rechute de celles causées par un accident à ski survenu en février 2015.

9.1. Dans un premier temps, force est de constater que, à l'époque, l'accident n'avait engendré aucune lésion au niveau du genou droit qu'il eût fallu traiter autrement que par quelques séances de physiothérapie, seule une contusion ayant été signalée et évoquée, celle-ci au demeurant attestée par une imagerie IRM.

A côté de cela, il ne figure au dossier aucun élément médical donnant à penser que, entre cet accident survenu au mois de février 2015 et l'annonce de la rechute au mois de juillet 2023, la recourante se soit plainte de douleurs pour le soulagement desquelles un traitement médical ait été entrepris.

Or, au moment de l'annonce de la rechute, l'imagerie IRM réalisée au mois de juillet 2023 a été jugée globalement superposable à celle effectuée en 2015.

On s'étonne ainsi, avec le Dr G. _____, qu'un tout autre traitement médical que celui ordonné à l'époque ait immédiatement été décidé et pratiqué.

Aucune autre solution médicale que l'arthroscopie réalisée n'avait, en tous les cas, apparemment été envisagée.

Par ailleurs et dans le même temps, aucune demande de garantie de prise en charge n'avait été demandée à l'assurance-accidents - celle-ci mise dès lors devant le fait accompli - ni aucun avis à un autre confrère.

9.2. Sur le vu uniquement des images médicales du mois de juillet 2023 existant avant l'opération, l'existence d'une déchirure méniscale n'était pas objectivement avérée, au niveau du ménisque interne comme du ménisque externe.

Pour le Dr B. _____, l'imagerie IRM aurait été incomplète.

Et c'est en pénétrant à l'intérieur du genou et en vérifiant la situation du ménisque « *au crochet* » qu'il serait parvenu à la conclusion de l'existence d'une déchirure du ménisque finalement qualifiée par lui, dans une interprétation allant ainsi à l'encontre des images, de « *complexissime* ».

9.3. Deux remarques s'imposent à ce stade.

9.3.1. Premièrement, la manière de procéder du Dr B. _____ est contestable.

Alors que, dans ses rapports, il ne cesse de reprocher aux médecins d'Axa de ne pas posséder l'expertise professionnelle des radiologues, c'est sans réellement tenir compte des rapports de ceux-ci qui n'avaient signalé aucune déchirure du ménisque qu'il a décidé d'opérer la recourante au mois d'août 2023, comme s'il s'agissait d'un cas d'urgence alors que rien ne l'indiquait, l'état du genou droit ne semblant pas avoir connu d'aggravation significative en l'espace de huit ans, aucun spécialiste n'en ayant clairement attestée.

Ce faisant, le Dr B. _____ contraint, dans les faits, l'assureur-accidents à se fier à ses seules déclarations ultérieures, celles-ci reposant sur un raisonnement rétrospectif confinant au syllogisme et pouvant être résumé comme suit : « *l'opération a consisté à suturer ou à réséquer les ménisques, donc il s'agissait bien d'une déchirure desdits ménisques* ».

Comme il a été dit, l'existence de telles déchirures était loin de constituer un fait médical rapporté alors par l'imagerie, ce qui donne à penser que la décision précipitée d'opérer se fondait sur une intuition plus que sur un examen scientifique, ne fût-ce qu'une évaluation clinique.

C'est tout cela, peu ou prou, qu'explique le Dr G. _____ dans une appréciation détaillée et particulièrement convaincante, à l'issue de laquelle il finit par douter de l'existence d'une quelconque déchirure méniscale et remet en cause, non seulement l'opportunité, mais aussi la pertinence du geste chirurgical choisi.

9.3.2. Deuxièmement, l'objectivité du Dr B. _____ paraît ici toute relative.

L'usage du superlatif de « *complexissime* » pour décrire l'état d'une lésion située au genou droit que les imageries de 2015 et de 2023 ne laissent aucunement voir ne manque déjà pas de surprendre.

On rappellera que le Dr B. _____ intervient tout à la fois comme l'ancien employeur et le médecin traitant de la recourante, un double statut susceptible de le conduire à manifester une part de subjectivité dans ce dossier.

Ses critiques adressées à ses confrères, de nature à créer une querelle d'experts, ainsi que ses réflexions juridiques sur les conditions - remplies selon lui - d'une prise en charge du cas par l'assurance-accidents, donnent également la mesure d'une perte concrète d'objectivité, le médecin se substituant peu ou prou au représentant légal.

9.3.3. Dans la mesure où la thèse de l'existence d'une déchirure des ménisques en lien avec l'accident survenu en 2015 repose essentiellement sur les dires du Dr B. _____, elle apparaît ainsi bien difficile à vérifier.

9.4. Cela d'autant plus que, comme il a été dit, aucune déchirure du ménisque n'a jamais été clairement attestée par l'imagerie médicale.

Ni en 2015, ni à nouveau, en 2023, le rapport de la Dre E. _____, qui investiguait pourtant des « *ménisques suspects* », n'en mentionnant aucune.

Le Dr B. _____ l'admet du reste implicitement, lorsqu'il déclare que la déchirure du ménisque interne qu'il avait personnellement constatée et décrite comme « *complexe et importante* », n'avait « *absolument rien à voir avec ce qui est décrit sur l'IRM* » (cette dernière phrase écrite en caractère gras).

Il reconnaît, de la sorte, ne s'être fié, ni aux images, ni même aux rapports des radiologues - soit ce que la défense de la recourante reproche exactement aux médecins conseil.

Or et quoi qu'il en soit, les médecins interrogés par Axa l'ont relevé, la présence d'une altération constatée en 2015 à l'intérieur du ménisque et un peu plus étendue en 2023, ne saurait constituer la preuve d'une rupture mais d'une seule dégénérescence interne dudit ménisque, et l'interprétation subjective ultérieure du Dr B. _____ ne parvient pas à établir, au-delà du degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il s'agissait bien là d'une déchirure accidentelle du ménisque.

Le seul spécialiste à s'être prononcé dans le sens du Dr B. _____ est le Dr F. _____, mais ses conclusions - rédigées à la demande du mandataire et possiblement orientées par les questions qui lui étaient posées - reposent presque exclusivement sur la description dynamique de l'accident survenu en 2015, à la suite duquel, on le redit, aucune rupture méniscale n'avait à l'époque été diagnostiquée.

Ceci affaiblit grandement la démonstration indirecte de la présence de toute déchirure méniscale.

La probabilité, par ailleurs, qu'une déchirure, finalement décrite comme très complexe, soit restée muette pendant plus de huit ans paraît, elle aussi, extrêmement faible.

Le Dr D. _____ l'estimait, en tous les cas, inférieure à 50% : « <50% » (cf. consid. 7.2.1.).

9.5. Quand bien même une déchirure méniscale aurait-elle été personnellement constatée par le Dr B. _____ à l'occasion de l'opération - ce qui est difficilement vérifiable et demande de le croire sur parole -, l'origine dégénérative d'une telle atteinte serait alors prépondérante.

C'est ce que soutient le Dr G. _____.

Le spécialiste relève qu'il existe au niveau du genou droit des signes de dégénérescence.

Ceux-ci ont en effet été attestés par la radiologue (« *tendinopathie patellaire* ») ainsi du reste que par le Dr B. _____ lui-même (« *chondrite de stade III du condyle interne* »).

Une telle dégénérescence se comprend également au regard de l'âge de la recourante, née en 1968.

Les douleurs au genou droit étaient par ailleurs réapparues en 2023 à la suite d'un « *faux mouvement* » et un épanchement articulaire avait lui aussi été signalé, susceptible de provoquer lesdites douleurs et d'être en lien avec une atteinte dégénérative.

Or, pour circonscrire un tel épanchement, il n'est pas établi qu'un geste chirurgical visant les ménisques ait été indiqué.

La prudence aurait recommandé d'attendre et de pratiquer - comme le suggère le Dr G. _____ qui finit par remettre en cause le bien-fondé du traitement appliqué - des examens complémentaires qui n'ont pas été faits, alors que le genou droit de la recourante présentait pourtant un varus de nature à provoquer une usure de l'articulation.

Un mécanisme de varus était au demeurant également évoqué par le Dr F. _____.

Ces derniers éléments rendent encore moins probable la thèse d'une rechute accidentelle.

Quant à savoir si l'existence hypothétique d'une déchirure méniscale pouvait encore, dans un tel contexte de dégénérescence, constituer une lésion assimilable à accident - thèse soulevée par le Dr B. _____ -, cette question peut être laissée ouverte, d'autant plus que la recourante ne travaillait plus pour ce dernier en 2023 et l'on doute ainsi que la responsabilité d'Axa était à ce moment-là encore engagée vis-à-vis d'elle.

9.6. Compte tenu de tout ce qui précède, il n'est pas utile d'entendre les enfants de la recourante qui auraient été les témoins de son accident en 2015 et dont il y a tout lieu de s'attendre à ce qu'ils ne fassent que répéter ce qu'elle soutient.

10.

Synthèse - sort du litige - rejet de la demande de débats publics - frais et indemnité

Se proposant essentiellement de démontrer l'existence d'une relation de causalité naturelle entre un accident bénin qui n'avait pas laissé de séquelles et des lésions méniscales évoquées huit ans plus tard au niveau d'un genou présentant des signes évidents de dégénérescence, ceci alors même qu'aucune rupture méniscale ne peut être objectivement prouvée, le recours s'avère manifestement infondé.

On relèvera sur ce point que la multiplication des prises de position ultérieures du chirurgien traitant - souvent orientées par le mandataire qui n'ignorait pourtant pas que celui-là avait également été l'employeur de sa cliente jusqu'en 2021 - n'était pas de nature à améliorer les chances de succès du recours mais uniquement à instaurer un doute qui au départ n'existait nullement, ceci dans le but de faire supporter à l'assurance-accidents la prise en charge d'un traitement chirurgical discuté.

Dans ces conditions, il y a lieu de rejeter la demande de débats publics.

Au vu de la querelle d'experts engagée par les écrits plutôt polémiques du Dr B. _____, la cause confinait également à une technicité certaine et, sous cet angle, un rejet de la requête pouvait également se justifier.

Il n'est pas perçu de frais de justice, même si l'on aurait tout aussi bien pu considérer le recours comme étant téméraire.

Quoi qu'il en soit et dans tous les cas de figure, aucune indemnité de partie n'est allouée à la recourante.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 26 mai 2026/mbo

Le Président

La Greffière-stagiaire