



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1905/2018

ATAS/464/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juin 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ARBUSIGNY, France

recourante

contre

LA BALOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BASEL,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Michel
D'ALESSANDRI

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1964, travaille depuis 1994 comme infirmière en psychiatrie à 60% auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et est affiliée à ce titre contre le risque d'accident, auprès de LA BALOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assureur).
2. L'assurée était en arrêt maladie depuis le 4 décembre 2016 lorsqu'en date du 15 décembre 2016, elle a été victime d'un accident décrit comme suit : « en allant nourrir des chats sauvages, Mme A_____ est passée sur une planche qui s'est cassée et elle est tombée dans le caniveau » (cf. déclaration d'accident du 27 janvier 2017).
3. Le 6 janvier 2017, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a montré l'absence d'épanchement articulaire, d'arthrose significative, de calcification pathologique, le respect des interlignes articulaires et une rotule correctement centrée.
4. Une nouvelle IRM pratiquée le 24 janvier 2017, en raison du fait que l'assurée se plaignait de douleurs du compartiment interne, a montré des ménisques normaux sans signe de fissuration, une intégrité apparente des ligaments du pivot central et du ligament latéral externe, un minime infiltrat liquidien à l'insertion proximale du ligament latéral interne (LLI), sans rupture ligamentaire (entorse de grade I), l'absence de lésion cartilagineuse, une fissuration de l'os sous-chondral, une légère bascule rotulienne avec un épaississement entre la pointe inférieure et la trochlée externe traduisant un syndrome fémoro-patellaire, l'absence de kyste poplité et l'absence d'anomalie de l'appareil extenseur.
5. Dans un rapport du 6 février 2017, le docteur B_____, généraliste en France, a fait état d'une entorse du ligament intérieur avec épanchement et d'une fissuration de l'os sous-chondral.
6. Le 10 février 2017, une IRM lombaire a montré une arthrose inter-apophysaire postérieure débutante bilatérale en L4-L5 et L5-S1.
7. Le 3 mai 2017, le Dr B_____ a retenu les diagnostics d'entorse du genou et de lombalgies et sciatalgies droites ; selon lui, les douleurs résiduelles devaient disparaître d'ici le milieu du mois de mai 2017.
8. Lors d'un entretien avec un collaborateur de l'assureur, le 11 juillet 2017, l'assurée a précisé avoir chuté « toute droite » dans un caniveau d'environ 50 cm de large et 50 cm de profondeur. Elle a dit avoir senti que, lorsqu'elle avait touché le sol, son genou droit avait effectué une torsion.

9. Une nouvelle IRM du genou droit du 14 août 2017 - ayant pour objectif de contrôler la fissuration de l'os sous-chondral du condyle interne - a montré, comparativement à celle pratiquée en janvier, la disparition de l'œdème et de la fissuration de l'os sous-chondral du condyle fémoral interne. Pour le surplus, ont été observés : une intégrité apparente du ligament croisé antérieur (LCA), un ligament croisé postérieur (LCP) bien visualisé « dans ses 2/3 distale » avec un épaissement proximal sans rupture franche, une intégrité apparente des ligaments latéraux interne et externe, l'absence d'épanchement intra-articulaire, une morphologie normale des ménisques, l'absence de kyste poplité, une patella alta et l'absence de lésion cartilagineuse.
10. Dans un courrier adressé le 26 août 2017 au Dr B_____, le docteur C_____, consulté par l'assurée, a relaté que celle-ci lui avait indiqué avoir fait une mauvaise chute dans un trou avec une probable torsion du genou droit, qu'elle disait ne pas avoir ressenti immédiatement de douleurs et n'avoir consulté que quelques jours plus tard, au vu de la péjoration des symptômes. Une IRM avait montré une fracture sous-chondrale. La patiente avait par la suite bénéficié de physiothérapie, mais, à l'arrêt de cette dernière, avait ressenti une instabilité du genou, raison pour laquelle elle l'avait consulté. Une nouvelle IRM avait mis en évidence une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque externe et une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne dans un contexte vraisemblablement dégénératif. Le médecin indiquait ne disposer d'aucune image montrant les séquences spécifiques pour les ligaments croisés, mais concluait néanmoins à l'existence très vraisemblable d'une atteinte plus ou moins partielle du LCA, avec un kyste à la base du pied du ligament croisé.
11. L'assurée a été adressée pour expertise au docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport le 6 novembre 2017, sur la base du dossier médical, de deux CD-Rom apportés par l'assurée à l'examen avec un tirage papier, des radiographies du genou droit, d'un entretien et d'un examen clinique de l'intéressée.
- A titre de diagnostic principal, l'expert a retenu un état après contusion/entorse du genou droit avec probable fissuration sous-chondrale du condyle interne et étirement du LLI.
- L'expert a retenu une « causalité accidentelle » probable, tout en précisant que la situation, d'un point de vue clinique, était rétablie au niveau du genou droit. Le statu quo ante avait été recouvré fin mars 2017. La capacité de travail avait été totalement recouvrée, s'agissant des pathologies en lien avec l'accident, fin mai 2017 au plus tard.
12. Dans un bref courrier du 22 décembre 2017, le Dr B_____ a indiqué avoir pris connaissance du rapport d'expertise et n'avoir qu'une remarque à ajouter : la patiente se plaignait toujours d'une douleur interne du genou droit, dont il estimait

qu'elle pouvait être « possiblement en rapport avec une atteinte méniscale couplée à une atteinte du ligament latéral interne ».

13. Par décision du 28 juillet 2017 - non contestée et entrée en force -, l'assurance a refusé toute prise en charge des atteintes dorsales au-delà du 30 juin 2017, faute de lien de causalité.
14. Par décision du 9 février 2018, l'assurance a nié l'existence du lien de causalité entre les atteintes au genou droit et l'événement du 15 décembre 2016 au-delà du 31 octobre 2017.
15. Le 23 février 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision en invoquant l'avis de son médecin, le Dr C_____.
16. Par décision du 15 mai 2018, l'assurance a rejeté l'opposition.

Elle a relevé que, selon l'expert, l'existence d'un lien de causalité naturelle aurait dû être niée dès fin mars 2017 déjà. L'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail de longue date.

17. Par écriture du 3 juin 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle allègue avoir dû consulter le Dr C_____ en août 2017 - soit postérieurement à la date retenue par l'intimée comme celle du retour au statu quo ante - en raison d'une péjoration de l'état de son genou à l'arrêt du traitement de physiothérapie. Selon ce médecin, le lien de causalité serait clairement établi et ce, jusqu'en mars 2018.

La recourante demande la mise sur pied d'une expertise pour le confirmer.

A l'appui de son recours, elle produit notamment un certificat rédigé le 26 mars 2018 par le Dr C_____, indiquant que l'assurée l'a consulté en août 2017 en raison d'une instabilité au niveau du genou droit péjorée à l'arrêt de la physiothérapie. Le médecin relève qu'au nombre des examens pratiqués ne figure aucune séquence dans le plan du ligament croisé, que ce soit en janvier ou en août 2017, ce qui ne permet pas une analyse parfaite du LCA. Il dit avoir l'impression d'une différence entre le côté droit et le côté gauche, raison pour laquelle il conclut à de possibles lésions au niveau du LCA. Ce médecin rappelle que l'assurée a subi une entorse relativement sévère du genou droit en janvier 2017 (étant précisé qu'elle souffrait déjà d'un syndrome fémoro-patellaire avec un œdème à la pointe de la rotule, très vraisemblablement présent avant la chute). Il estime qu'il est très vraisemblable qu'un état déjà pathologique se soit ainsi péjoré ou aggravé à la suite de la chute et notamment à la rééducation. Selon lui, le statu quo ante n'a pas été atteint. L'examen clinique l'amène à penser qu'une lésion partielle du LCA est possible, dont il précise qu'elle serait quoi qu'il en soit sans incidence sur la prise en charge. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité significative. Selon lui, le traitement de physiothérapie devrait être pris en charge par l'assurance-accidents, au moins jusqu'à fin 2017, ce qu'il justifie par le fait que les problèmes de « tracking rotulien » sont souvent longs et difficiles à traiter et que cette problématique, même

si elle était préexistante chez l'assurée, a selon lui clairement décompensé à la suite de l'accident.

18. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 23 juillet 2018, a conclu au rejet du recours.

L'intimée relève que l'IRM du genou droit du 6 janvier 2017 montre l'absence d'épanchement intra-articulaire, d'arthrose significative, de calcifications pathologiques, un respect des interlignes articulaires et des rotules correctement centrées.

Elle soutient qu'il y a lieu d'accorder pleine valeur probante à l'expertise du Dr D_____, lequel a retenu comme diagnostics en relation de causalité avec l'événement un état après contusion/entorse du genou droit, une probable fissuration sous-chondrale du condyle interne, un étirement du ligament latéral interne ainsi qu'une possible entorse de la main gauche et a conclu à l'absence de séquelles appréciables au-delà de mars 2017.

L'intimée relève que l'expert s'est également prononcé sur l'appréciation du Dr C_____, en indiquant n'avoir pour sa part constaté ni recuatum, ni instabilité clinique, ni signe ménisco-actif, ni grosse souffrance rotulienne. Les examens complémentaires - notamment l'IRM du 14 août 2017 - ont confirmé une évolution confortable des lésions initiales, sans séquelles détectables. Les examens radiologiques n'ont pas confirmé les considérations du Dr C_____, dont l'intimée constate qu'en tout état de cause, il n'a retenu aucun caractère accidentel pour les troubles constatés et que, dans son rapport du 26 mars 2018, s'il continue à considérer qu'une lésion partielle du ligament croisé antérieur est possible, il précise qu'elle n'a pas de véritable incidence sur la prise en charge.

L'intimée considère dès lors que les considérations des médecins traitants sont fondées sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, impropre à établir l'existence d'un lien de causalité.

19. Par écriture du 23 août 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle produit à l'appui de sa position, notamment :

- un courrier adressé le 14 décembre 2017 par le Dr C_____ à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), alléguant que sa patiente ne peut travailler à plus de 50% car elle ressent encore une instabilité trop prononcée au niveau du genou droit, que les douleurs deviennent trop aiguës au bout de quelques heures et nécessitent la prise d'antalgiques ;
- une analyse laximétrique dynamique automatisée des genoux pratiquée le 19 juin 2018 par la Clinique de rééducation E_____, concluant à des valeurs « en correspondance avec une atteinte partielle du LCA avec un différentiel de laxité supérieur au millimètre et surtout altération des qualités mécaniques dynamiques » ;

- un bref certificat médical du Dr B_____, du 25 juin 2018, indiquant que le résultat du « GNRB de l'assurée confirmait une atteinte du LCA du genou droit qui pourrait expliquer l'instabilité du genou et ses conséquences sur la cheville et les ligaments peronniens latéraux » (sic).

20. Interrogé par la Cour de céans, le Dr C_____ a répondu en date du 29 janvier 2019.

S'agissant des lésions du genou droit, il a confirmé que leur origine était vraisemblablement plutôt dégénérative et ne pouvait être mise directement en relation avec l'accident, du moins pas avec une certitude suffisante.

Concernant la problématique du LCA, il a expliqué ne pas disposer de l'intégralité du bilan d'IRM, en particulier d'aucune image dans le plan strict du ligament croisé antérieur, seule à même de permettre de visualiser le ligament sur toute sa longueur et de démontrer, cas échéant, des lésions partielles. Il soutient qu'à défaut de telles images, des lésions partielles peuvent parfaitement échapper au radiologue, dont il relève que, dans son rapport du 14 août 2017, il évoquait le fait que la partie proximale du LCA semblait montrer un œdème ou une distension du ligament ce qui, jusqu'à preuve du contraire, est le signe d'une lésion, du moins partielle, du LCA. Le Dr C_____ en tire la conclusion qu'il y a donc un doute quant à l'existence d'une lésion partielle. Il ajoute que, quoi qu'il en soit, d'un point de vue thérapeutique, le fait qu'il y ait ou non une lésion partielle n'aurait strictement rien changé à la prise en charge, raison pour laquelle aucun examen supplémentaire n'a été effectué.

21. Par écriture du 19 février 2018 (recte : 2019), l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle note que, selon le Dr C_____, les lésions du genou droit (de grade III au niveau de la corne postérieure du ménisque externe et de grade II au niveau de la corne postérieure du ménisque interne) ne peuvent être imputées à l'accident et qu'il corrobore ainsi l'analyse du Dr D_____.

S'agissant de la problématique liée aux ligaments, l'intimée soutient que l'interprétation du Dr C_____ est infirmée par le rapport d'IRM du 14 août 2017, puisque ce dernier montre une intégrité apparente du LCA et précise que le LCP est bien visualisé dans ses deux tiers distal. Ce rapport conclut à une intégrité apparente des ligaments latéral interne et externe. Contrairement à ce que soutient le Dr C_____, il n'est pas dit clairement que la partie proximale du LCA montre un œdème ou une distension du ligament.

L'intimée rappelle que l'expert a examiné le rapport d'IRM du 14 août 2017 et qu'il n'a retenu à titre de diagnostic qu'un état après contusion/entorse du genou droit avec probable fissuration sous-chondrale du condyle interne et étirement du ligament latéral interne.

Elle souligne qu'une IRM du genou droit avait déjà été pratiquée le 24 janvier 2017 – peu après l'accident – qui a elle aussi montré l'intégrité apparente des ligaments et l'absence de rupture.

Pour le surplus, l'intimée considère qu'une expertise supplémentaire est inutile, celle du Dr D_____ pouvant se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que le Dr C_____ ne conteste pas que l'éventuelle lésion partielle qu'il subodore n'aurait strictement rien changé à la prise en charge, pas plus qu'il ne conteste les conclusions du Dr D_____ concernant l'atteinte à l'intégrité et le fait que la situation post-traumatique peut être considérée comme consolidée et totalement guérie.

22. Par écriture du 23 février 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle estime que la laximétrie pratiquée le 19 juin 2018 atteste qu'il existe bel et bien une atteinte du ligament croisé du genou droit.

Elle produit à l'appui de sa position un rapport d'échographie du genou droit du 10 août 2017 constatant l'absence d'épanchement liquidien intra-articulaire, l'intégrité des tendons, l'absence d'anomalie du ligament collatéral latéral et un discret épaissement de l'insertion proximale du ligament collatéral médial en rapport avec les séquelles d'entorse et l'absence de formation kystique.

De ces documents, la recourante tire la conclusion qu'elle a été victime d'une entorse proximale du ligament depuis laquelle son genou a gardé une instabilité qui augmente dès qu'elle cesse ses exercices de physiothérapie.

23. Interrogé par la Cour de céans, notamment quant à la question de savoir si l'analyse laximétrique dynamique l'amènerait à modifier ses conclusions, le Dr D_____ a répondu en date du 27 août 2019 par la négative.
24. Par écriture du 9 septembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions, tirant la conclusion de la position du Dr D_____ qu'aucun document médical n'était de nature à mettre en cause les conclusions d'une expertise à laquelle il convient d'accorder une pleine valeur probante.
25. Par écriture du 27 septembre 2019, la recourante a fait de même.

En substance, elle répète que c'est suite à la chute que les problèmes au niveau de son genou droit sont survenus. Elle ajoute n'avoir jamais été victime d'un autre accident.

Elle souligne que, dans son rapport du 26 août 2017, le Dr C_____ a retenu une hyperextension de 10°.

Elle confirme que lorsque l'expert l'a vue, son genou avait bel et bien dégonflé, mais rappelle que cet examen a eu lieu onze mois après la chute.

Elle souligne que l'intégrité du LCA démontrée par l'IRM est qualifiée « d'apparente ».

Elle conclut qu'elle souffre bel et bien de séquelles de sa chute et indique avoir été licenciée suite à plusieurs problèmes de santé. Elle estime que le statu quo ante n'a pas été recouvré ni en mars 2017, ni même à l'heure actuelle.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de nier le droit aux prestations de la recourante concernant l'atteinte à son genou droit au-delà du 31 octobre 2017, faute de lien de causalité.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non, et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Une fois le lien de causalité naturelle établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance

prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté 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 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas

possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. En l'espèce, l'intimée, se basant sur l'avis du Dr D_____, a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 octobre 2017 au motif que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les éventuelles atteintes persistant au niveau du genou droit de la recourante avait pris fin en mars 2017 déjà, ce que l'intéressée conteste en invoquant l'avis du Dr C_____.

Ce dernier, en août 2017, a conclu, malgré l'absence d'image corroborant sa position, à l'existence très vraisemblable d'une atteinte plus ou moins partielle du LCA, atteinte que le Dr D_____, pour sa part, a exclue en novembre 2017.

Dans son rapport - qui peut se voir reconnaître pleine valeur probante car fondé sur une documentation complète et des diagnostics précis, appuyé par une discussion convaincante de la causalité et sans équivoque -, le Dr D_____ a considéré que l'état du genou droit de l'assurée, tel que constaté à l'examen, n'expliquait ni ne justifiait un arrêt de travail prolongé, même partiel, dans la profession exercée (infirmière en psychiatrie/addictologie). En effet, la jointure était calme, non tuméfiée, sans épanchement, la mobilité conservée, libre et indolore.

Le Dr D_____ a souligné n'avoir, contrairement au Dr C_____, constaté pour sa part ni recurvatum, ni instabilité cliniquement relevante. Il n'avait pas non plus observé de signe méniscaux actifs ou de grande souffrance rotulienne. L'IRM pratiquée en août 2017 confirmait l'évolution favorable des lésions initiales, sans séquelles détectables. Il n'y avait aucune boiterie et les périmètres des membres inférieurs montraient une musculature complètement rétablie au niveau des cuisses

(ce qui - a-t-il souligné - serait médicalement difficile à comprendre en cas de problème ligamentaire ou méniscal avéré persistant).

Au terme de son examen, l'expert a retenu que la situation, d'un point de vue clinique, était rétablie au niveau du genou droit. Le statu quo ante avait été recouvré fin mars 2017. Sur le plan somatique, l'événement avait exercé un rôle vulnérant sur des structures apparemment globalement saines et normalement fonctionnelles. Le processus de guérison s'était déroulé normalement. La capacité de travail avait été totalement recouvrée, s'agissant des pathologies en lien avec l'accident, fin mai 2017 au plus tard.

La Cour de céans relèvera d'ailleurs que le Dr B_____, après avoir pris connaissance de ce rapport, ne l'a pas contesté mais s'est simplement fait le relais des plaintes subjectives de sa patiente.

Qui plus est, la recourante elle-même admet une situation clinique revenue à la normale. Elle se plaint simplement d'un sentiment d'instabilité du genou persistant, dont elle argue qu'il n'existait pas avant l'accident, se livrant ainsi à un raisonnement «post hoc, ergo propter hoc», dont il a été rappelé supra qu'il n'est pas considéré comme pertinent par la jurisprudence : le fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci.

Le certificat rédigé le 26 mars 2018 par le Dr C_____ ne suffit pas à faire douter des conclusions du Dr D_____, dans la mesure où il se contente de se faire le relais des plaintes de sa patiente et d'évoquer une possible lésion partielle du LCA que ne corrobore aucun examen, tout en reconnaissant l'absence d'atteinte à l'intégrité significative et d'incidence sur la prise en charge.

Quant à l'analyse laximétrique dynamique réalisée en juin 2018, elle a été soumise par la Cour de céans au Dr D_____ qui a indiqué qu'elle ne modifiait pas ses conclusions et s'en est expliqué de manière convaincante comme suit.

L'expert a expliqué que le type de traumatisme décrit (passage du membre inférieur à travers une planche en bois) n'est pas du tout typique pour une lésion du pivot central d'un genou en l'absence d'hyper-extension ou de violente torsion. Il a souligné qu'à l'examen, le genou de l'assurée avait dégonflé et ne bloquait pas. Le déplacement dans les escaliers pouvait s'effectuer sans l'aide d'une rampe et était plus facile à la descente ; la marche à plat était possible une à deux heures. Ce tableau, notamment l'absence de pseudo-blocage et l'aisance à la descente d'escaliers était peu compatible avec une lésion du LCA cliniquement significative. D'ailleurs, tant l'IRM du 24 janvier 2017 – parlant d'intégrité apparente des ligaments du pivot central – que celle du 14 août 2017 – évoquant une intégrité apparente du LCA – confirmaient l'absence de lésion du LCA. L'expert a souligné que ces examens sont réputés fiables. En effet, même un simple étirement ligamentaire entraîne un œdème, aisément diagnostiqué par résonance magnétique

si celle-ci est pratiquée dans des délais raisonnables, ce qui était le cas en l'occurrence.

Le 30 octobre 2017, l'expert a constaté une articulation calme, sèche, normalement mobile, avec des trajets ligamentaires calmes et une minime augmentation de la course, en position de Trillat-Lachmann, correspondant à ce qui avait été trouvé par l'analyse laximétrique de juin 2018, mais sans manifestation d'instabilité. Il n'y avait pas de boiterie et les périmètres des cuisses et genoux étaient strictement comparables, traduisant une masse musculaire identique et, donc, une fonction conservée ou rétablie. La radiologie du 6 janvier 2017, à trois semaines de l'événement initial, montrait un effilement des épines tibiales, signe indubitable d'un certain degré de souffrance articulaire, préexistant, sans causalité traumatique.

S'agissant plus particulièrement de l'analyse laximétrique du 19 juin 2018, l'expert a fait remarquer qu'elle était intervenue tardivement, à dix-huit mois de l'événement initial. Cette investigation confirmait une faible différence de course antérieure du tibia, attribuée à une perte de rigidité du LCA. Rien ne permettait cependant de l'attribuer à l'événement du 15 décembre 2016. De plus, l'importance de cette lésion n'était pas significative, car la valeur seuil de 1,5 mm n'était pas atteinte. En conséquence, toute relation de causalité entre l'événement et la trouvaille ressortant de cette dernière analyse était exclue. Pour le surplus, l'expert a qualifiée la supposée altération des qualités mécaniques dynamiques de déduction vague, non étayée et contredite par plusieurs arguments.

Il a répété une fois encore qu'à l'examen, en octobre 2017, le genou droit de l'assurée était, fonctionnellement, dans une excellente situation. L'état de la jointure ne pouvait en aucun cas expliquer à lui seul et somatiquement un arrêt prolongé de travail dans le secteur d'activité pratiqué.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimée s'est rangée à l'avis – convaincant – de l'expert, aucun élément objectif n'ayant été avancé qui permettrait de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante requis, la persistance d'un lien de causalité naturelle au-delà de mars 2017.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le