RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2664/2020 **ATAS/1168/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 novembre 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA	recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCES SA, sise Service juridique, Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le_____1955, a été engagée dès le 1er février 2014 par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) en qualité d'aide hospitalière et était, à ce titre, assurée pour les accidents professionnels et non professionnels par la Bâloise Assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

b. Le docteur B_____ a vu l'assurée pour la première fois en consultation le 2 décembre 2016 à la suite d'un problème de jambe et de genou gauche. Il s'en est suivi un traitement.

c. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été réalisée dans le cadre du traitement précité en février 2017. Cet examen a mis en évidence un kyste postérieur au ligament croisé postérieur avec souris intra-articulaire. La patiente a été traitée « conservativement ».

d. L'assurée a été revue en consultation par le Dr B_____, le 29 janvier 2018, pour des récidives de gonalgies gauches en rapport avec son kyste et la souris articulaire.

e. Le 17 mai 2018, l'assurée a subi une arthroscopie du genou gauche avec ablation du kyste postérieur et de la souris. Les suites opératoires ont été simples et afébriles, mais la patiente ayant de la peine à récupérer, le Dr B_____ l'a mise en arrêt de travail complet du 16 mai 2018 au 9 décembre 2018, puis à 50 % dès le 10 décembre 2018.

f. Lors d'une consultation le 21 janvier 2019, la patiente a indiqué à son médecin qu'elle persistait à souffrir du genou malgré un taux d'activité de 50 %. Un retour au travail était néanmoins prévu courant février 2019.

B. **a.** Par formulaire du 12 février 2019, l'employeur de l'assurée a fait une déclaration d'accident à l'assureur en exposant que, le 4 février 2019, son employée s'était blessée au genou gauche dans les termes suivants : « en descendant du bus la porte s'est refermée, [l'assurée] a été éjectée à terre. Les gens et le conducteur sont venus l'aider à se relever. Blessure au genou gauche (déjà opéré), forte douleur ». L'assurée avait travaillé pour la dernière fois le 11 février 2019. Elle était alors déjà en incapacité de travail à 50 % pour cause de maladie.

b. Le premier médecin consulté par l'assurée à la suite de cet accident, en date du 11 février 2019, est le docteur C_____, médecin généraliste, qui a diagnostiqué une contusion du genou gauche en lien avec l'accident du 4 février 2019.

c. Le 12 février 2019, l'assurée s'est soumise à une radiographie du genou. Le docteur D_____, radiologue, a inscrit dans un courrier qu'il a adressé le 12 février 2019 au Dr C_____ que l'indication de l'examen était « bilan d'une gonalgie post-traumatique : fracture ? » et a décrit son diagnostic comme suit : « discret empâtement lamellaire rétro-quadricipital évoquant un possible minime épanchement voire un épaississement synoviale ; modelé dégénératif du compartiment fémoro-tibial médial avec une sclérose sous-chondrale tibiale un peu

accentuée, l'épaisseur de l'interligne restant conservée sans arthrose manifeste ; aspect restant par ailleurs normal des autres structures ostéo-articulaires sans argument pour une localisation post-traumatique ni lésions à caractère suspect dans les limites de la radiographie. En cas d'évolution clinique défavorable, indication d'IRM à discuter pour identifier une pathologie méconnue par les RX ».

d. Le 25 février 2019, l'assurée a consulté le Dr B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport. À l'examen clinique, ce médecin notait un épanchement intra-articulaire avec choc rotulien, une flexion douloureuse, limitée à 100° et une extension extrêmement douloureuse, des douleurs à la palpation du ligament latéral interne qui était stable ainsi que du ménisque interne. Les radiographies ne montraient pas de factures. Ce médecin a sollicité une IRM.

e. Un examen IRM a été pratiqué le 27 février 2019 par le docteur E_____. Ce médecin a conclu à une chondropathie condylienne médiale profonde (grade III-IV) peu étendue et discrètement œdémateuse, chondropathie patellaire profonde (grade III-IV) peu étendue, dégénérescence kystique mucoïde du ligament croisé antérieur, absence de lésion du ligament latéral interne et du ménisque interne. Le praticien relevait en outre notamment un « épaississement global net en hypersignal DP du ligament croisé antérieur, associé à un petit kyste mucoïde (mesuré à 8 mm) à son insertion maximale, traduisant une dégénérescence kystique mucoïde. Association de petits remaniements osseux kystiques et œdémateux situés sur la face médiale du condyle fémoral latéral (en regard de l'insertion fémorale du LCA) ».

f. Le 19 mars 2019, l'assureur a soumis le cas au docteur F_____, lequel a conclu à une prise en charge de ce cas par l'assureur-accidents pour au plus six semaines après l'événement. La chute du 4 février 2019 n'avait engendré aucune lésion structurelle ; l'accident avait aggravé un état antérieur de manière passagère ; une contusion d'un genou guérissait normalement en trois semaines ; au vu des dégénérescences importantes, l'on pouvait admettre un temps de guérison prolongé de six semaines.

g. L'assureur a également interrogé son médecin-conseil, le docteur G_____, lequel a indiqué le 7 août 2019 que les lésions décrites dans l'IRM du 27 février 2019 étaient des lésions chroniques et dégénératives. La durée de l'incapacité de travail ne pouvait pas s'expliquer par le traumatisme du 4 février 2019.

h. Le 17 mars 2020, l'assureur a reçu une feuille d'accident, complétée par le Dr B_____, attestant d'une incapacité de travail de 50 % du 4 février 2019 au 1er avril 2019, de 100 % du 2 avril 2019 au 8 septembre 2019, de 50 % du 9 septembre 2019 au 15 septembre 2019, de 100 % du 16 septembre 2019 au 10 octobre 2019 et de 50 % dès le 11 octobre 2019. Sur une autre feuille d'accident, ce même médecin indiquait une pleine capacité de travail dès le 16 septembre 2019.

i. Par décision du 30 mars 2020, l'assureur a informé l'assurée du fait que la prise en charge de son cas cessait dès le 5 avril 2019, le lien de causalité n'étant plus

donné et la problématique étant de nature maladive. Cette décision était adressée également à la caisse-maladie de l'assurée.

j. Par courriel du 27 avril 2020, la protection juridique de l'assurée a demandé à l'assureur son dossier.

k. Le 28 avril 2020, la caisse-maladie de l'assurée a également demandé copie du dossier pour prise de position et fait une opposition provisoire à la décision du 30 mars 2020, laquelle a été retirée par la suite.

l. Par courrier recommandé du 13 mai 2020, la protection juridique de l'assurée a fait opposition pour cette dernière à la décision du 30 mars 2020, en se fondant sur un avis médical du Dr B_____ du 28 avril 2020, par lequel ce médecin estimait que la lésion de chondropathie du condyle interne était une fracture en lien avec l'accident du 4 février 2019.

m. L'assureur a soumis l'avis du Dr B_____ à un autre médecin-conseil, le docteur H_____, orthopédiste, lequel a pris position le 5 juin 2020. Il a retenu une relation de causalité naturelle avec l'accident vraisemblablement prédominante pour le diagnostic de contusion du genou gauche. À la question de savoir si des maladies préexistantes ou des états maladifs préexistants ou d'autres circonstances étrangères à l'accident avaient contribué à l'état de l'assurée, le praticien a affirmé que cela était le cas, sous forme de remodelé dégénératif du compartiment interne (médial) avec sclérose sous-chondrale tibiale (compte rendu de radiographie du genou du 12 février 2019) et de chondropathie (ulcération) profonde de stade III à IV du condyle interne et de chondropathie patellaire profonde de stade III à IV fémoro-patellaire et de dégénérescence mucoïde du LCA du genou gauche (compte rendu d'IRM du genou du 1er mars 2019). La chondropathie du condyle interne correspondant à une ulcération profonde du cartilage était une pathologie dégénérative maladive, elle n'était pas, comme l'affirmait le Dr B_____, une fracture du cartilage d'étiologie traumatique. En absence de lésion structurelle imputable à l'événement du 4 février 2019 et en présence d'un état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie, l'événement du 4 février 2019 avait cessé de déployer ses effets dans les six à huit semaines l'ayant suivi. Le temps habituel de guérison d'une contusion du genou était de trois à quatre semaines mais, en présence d'un état antérieur dégénératif maladif, ce délai pouvait être plus long et prolongé de trois à quatre semaines supplémentaires.

n. L'assurance-maladie a retiré son opposition et accepté la prise en charge du cas de l'assurée dès le 5 avril 2019.

C. **a.** Par décision du 13 juillet 2020, l'assureur a constaté que l'opposition faite le 13 mai 2020 par la protection juridique de l'assurée contre la décision du 30 mars 2020 était largement hors délai. En outre, même à considérer que le délai légal avait été respecté, les conditions de l'octroi de prestations n'étaient pas données. Conformément à l'avis du Dr F_____, l'assureur retenait que l'accident n'avait qu'aggravé, de manière passagère, un important état maladif préexistant. Se

fondant sur l'avis du Dr H_____, l'assureur ne retenait pas l'avis du Dr B_____ quant au diagnostic d'une fracture du cartilage d'étiologie traumatique, lequel n'était d'ailleurs pas confirmé par les radiographies. La situation médicale de l'assurée était claire, l'événement assuré n'avait fait qu'apporter une aggravation passagère à la situation médicale du genou gauche de l'assurée. Il n'existait plus de lien de causalité entre l'accident et l'état de l'assurée dès le 5 avril 2019. L'assureur a rejeté l'opposition.

b. Le 18 août 2020, le Dr B_____ a fait parvenir une prise de position à l'assurance de protection juridique de l'assurée dans laquelle il attribuait la lésion de chondropathie du condyle interne, qualifiée alors de lésion cartilagineuse, à l'accident.

D. **a.** Par acte du 3 septembre 2020, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), concluant sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 30 mars 2020, à la constatation du fait que ses troubles actuels sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 4 février 2019, à la condamnation de l'assureur à prendre en charge les frais médicaux liés aux traitements et soins en lien avec l'accident jusqu'à son rétablissement complet. Elle a conclu, à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une expertise et au renvoi du dossier à l'assureur et, à titre plus subsidiaire, au renvoi du dossier à l'assureur pour qu'il mette en œuvre une expertise et prenne une nouvelle décision. Elle considérait que ses douleurs au genou gauche étaient en lien de causalité avec l'accident du 4 février 2019. Elle avait été opérée d'un kyste au genou gauche en mai 2018 mais s'était entièrement rétablie en décembre 2018. Son médecin, le Dr B_____, avait confirmé que les lésions chroniques et dégénératives du genou n'avaient aucun lien avec les limitations fonctionnelles dont elle souffrait, limitations uniquement dues à une lésion du cartilage du condyle interne causée par l'accident.

b. Par réponse du 30 septembre 2020, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il a exposé que l'assurée avait été opérée d'un kyste au genou gauche en mai 2018 et avait été en incapacité totale de travail pour cause de maladie dès le 16 mai 2018, puis à 50 % dès le 10 décembre 2018. Lors de la survenance de l'accident, l'employeur avait déclaré que l'assurée se trouvait toujours en incapacité de travail pour cause de maladie à 50 %. Ce n'était que le 25 février 2019 que le Dr B_____ avait établi un certificat d'arrêt de travail pour cause de maladie, ayant débuté à la suite de l'opération de mai 2018, à teneur duquel sa patiente avait retrouvé une pleine capacité de travail le 4 février 2019, soit à la date qui coïncidait exactement avec la date de l'accident. Selon l'intimée, l'assurée avait consulté le Dr B_____ pour la première fois le 25 février 2019, de sorte que ce dernier ne pouvait pas attester d'une pleine capacité de travail dès le 4 février 2019. Contrairement à ce que l'employeur avait indiqué, à savoir que l'assurée avait dû interrompre son travail en raison de l'accident de bus le 11 février 2019 seulement, le Dr B_____ a signé des feuilles d'accident à teneur desquelles sa patiente était en incapacité de

travail de 50 % du 4 février 2019 au 1er avril 2019. Les certificats d'incapacité de travail signés par ce médecin étaient dès lors fortement sujet à caution et clairement contraires aux faits. En outre, la radiographie du genou gauche, faite le 12 février 2019 par le docteur I_____, démontrait qu'il n'y avait pas de fracture et que l'aspect des autres structures ostéo-articulaires était normal, sans argument pour une localisation post-traumatique ni lésions à caractère suspect. En outre, le Dr C_____, consulté le 11 février 2019, avait retenu un diagnostic de contusions du genou gauche en relation de causalité avec l'accident, sans incapacité de travail. Enfin l'IRM du genou gauche du 27 février 2019 montrait une chondropathie condylienne médiane profonde (grade III-IV), peu étendue et discrètement œdémateuse ; une chondropathie patellaire profonde (grade III-IV) peu étendue ; une dégénérescence kystique mucoïde du ligament croisé antérieur et l'absence de lésions du ligament latéral interne et du ménisque interne. Le Dr F_____, dans son rapport du 19 mars 2019, retenait que l'accident avait provoqué uniquement une contusion du genou gauche, le *status quo sine* pouvait être fixé, au vu des dégénérescences importantes, à six semaines après l'accident. Quant à lui, le Dr B_____, dans un rapport complémentaire du 2 avril 2019, avait indiqué que sa patiente était en bon état de santé général et qu'il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, telles que des maladies antérieures, un accident ou des circonstances sociales. Il indiquait que les constatations objectives retenaient un épanchement intra-articulaire et les constatations radiologiques faisaient état d'une lésion du cartilage du condyle interne et un œdème osseux. Le Dr G_____, médecin-conseil de l'assureur, dans son rapport du 7 août 2019, avait relevé que l'IRM du 27 février 2019 montrait différentes lésions de type dégénératif du genou mais pas de déchirure méniscale. Ces lésions étaient chroniques et dégénératives sans relation de causalité avec l'accident, lequel ne pouvait expliquer la durée de l'incapacité de travail. Une prise en charge par l'assurance-accidents pour une période de deux mois après l'accident était acceptable et il convenait de mettre un terme à la prise en charge des prestations le 5 avril 2019. En opposition, l'assurée avait produit un courrier du Dr B_____ du 28 avril 2020 dans lequel il indiquait avoir reçu la patiente en consultation en urgence le 25 février 2019, les radiographies du genou gauche ne montraient pas de fracture, l'IRM montrait une lésion du cartilage du condyle interne sans lésion ligamentaire latérale interne ou du ménisque interne. Il ne faisait aucune référence au kyste du genou gauche et à l'opération du 16 mai 2018, ni aux incapacités de travail qui s'en étaient suivies. Ce praticien avait établi un nouveau rapport le 25 mai 2020 à la demande de la protection juridique de l'assurée dans lequel il expliquait que la lésion de chondropathie du condyle interne était une forme de lésion cartilagineuse qu'il attribuait à l'accident ; les douleurs ressenties par sa patiente était en relation de causalité naturelle avec l'accident sans lequel cette dernière n'aurait présenté aucune douleur ni limitations fonctionnelles, malgré les deux lésions dégénératives dont elle souffrait. Selon ce praticien, les fractures cartilagineuses mettaient six à neuf mois pour guérir. L'intimée ajoutait

avoir soumis le dossier médical de l'assurée et les deux nouveaux rapports du Dr B_____ des 28 avril et 25 mai 2020 au Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, médecin-conseil, qui avait, dans un rapport du 5 juin 2020, indiqué que la relation de causalité naturelle était vraisemblablement prédominante pour le diagnostic de contusions du genou gauche. Il existait toutefois des états maladifs préexistants et d'autres circonstances étrangères à l'accident sous forme de remodelé dégénératif du compartiment interne avec sclérose sous chondral tibial et de chondropathie profonde de stade III à IV du condyle interne et de chondropathie patellaire profonde de stade III à IV fémoraux patellaires et de dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. La chondropathie du condyle interne correspondait à une ulcération profonde du cartilage et était une pathologie dégénérative maladive et non pas une fracture du cartilage, comme l'affirmait le Dr B_____. En l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident et compte tenu de l'état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie, l'accident avait cessé de déployer ses effets dans les six à huit semaines après sa survenance. Dans un rapport daté du 18 août 2020, le Dr B_____ indiquait ne rien pouvoir ajouter de plus aux réponses qu'il avait déjà données. Selon lui, l'IRM démontrait que la chondropathie condylienne médiale profonde était peu étendue et discrètement œdémateuse ; elle correspondait à l'impact lié à l'accident, en revanche la chondropathie patellaire profonde associée à une dégénérescence kystique mucoïde du ligament croisé antérieur étaient des lésions dégénératives sans lien avec l'accident. Il n'y avait pas d'autres arguments pour contester le courrier du Dr H_____ qui campait sur sa position, alors que la patiente n'avait jamais eu de problèmes à ce genou avant l'accident. L'intimée relevait au contraire que la patiente avait, avant cet accident, déjà connu des problèmes à ce genou, soit un kyste opéré au mois de mai 2018. Tous les médecins avaient émis des avis concordants sur les diagnostics résultant de l'IRM du 27 février 2019, mais seul le Dr B_____ retenait une chondropathie condylienne médiale profonde de grade III à IV en relation de causalité naturelle avec l'accident, soit, selon lui, une forme de fracture cartilagineuse attribuée à l'accident. L'intimée relevait que si l'assurée avait souffert d'une fracture cartilagineuse, le Dr E_____, ayant procédé à l'IRM, en aurait fait état au lieu de retenir une chondropathie condylienne médiale, laquelle n'avait pas été établie par les examens radiologiques. Il y avait dès lors lieu de retenir, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que seule la contusion du genou gauche était en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 4 février 2019. Le *status quo sine* était atteint six à huit semaines après l'accident. L'assureur-maladie n'avait d'ailleurs pas contesté la décision de l'intimée quant à la prise en charge des frais médicaux et de traitements en lien avec l'accident et avait accepté de les prendre à sa charge.

c. Par acte du 15 octobre 2020, l'assurée a persisté dans sa demande du 3 septembre 2020 et s'en est rapportée à justice pour le surplus.

d. La chambre de céans a sollicité des informations supplémentaires auprès du Dr B_____, par pli du 16 avril 2021.

e. Par ordonnance de la même date, la chambre de céans a sollicité de l'intimée des pièces médicales mentionnées dans la procédure et dont elle ne disposait pas au dossier. Ces pièces lui ont été adressées dans le délai imparti.

f. Le Dr B_____ a répondu à la demande d'informations par pli du 12 mai 2021. Il a confirmé les dates et les taux d'incapacité de travail antérieurs à l'accident et a indiqué que lors d'une consultation du 26 mars 2019, l'assurée lui aurait fait part de la demande de sa cheffe de clôturer le cas d'arrêt de travail maladie au jour de l'accident.

g. Par ligne du 3 juin 2021, la recourante a indiqué ne pas avoir de commentaires à faire sur le complément d'informations reçu du Dr B_____.

h. Par acte du 7 juin 2021, l'intimée a pris position sur le complément d'informations reçu du Dr B_____. Ce dernier avait confirmé qu'au jour de l'accident, la recourante était en incapacité de travail pour cause de maladie à 50 %. Le certificat de travail établi le 25 février 2019 était dès lors sujet à caution. Enfin, les explications du Dr B_____ venaient confirmer la valeur probante de l'expertise du Dr H_____.

i. La cause a été gardée à juger après la fin des échanges d'écritures des parties.

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.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en relation avec des lésions à son genou gauche au-delà du 5 avril 2019.

5. **5.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel 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).

5.2 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 ; 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117).

6. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; et les lésions du tympan (let. h).

7. Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA - notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir

consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

8. 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 que, 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 ; 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.

9. Une fois que le lien de causalité naturelle a été 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).

10. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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).

11. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

12. **12.1** 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).

12.2 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 LPGA), 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. À 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).

12.3 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).

12.4 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).

12.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinions 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. À 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).

13. 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).

14. 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).

15. 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).

16. En l'espèce, par décision du 13 juillet 2020, l'intimée, en se fondant sur les rapports des Drs F_____ et H_____ notamment, a mis un terme au versement de ses prestations concernant le genou gauche de la recourante avec effet rétroactif au 5 avril 2019. La recourante conteste le bien-fondé de cette décision en se fondant sur l'avis du chirurgien orthopédique qu'elle a consulté en raison de son accident du 4 février 2019 notamment.

17. À titre liminaire, il est constaté que le qualificatif d'accident de l'événement du 4 février 2019 n'est pas contesté et que l'intimée a accepté de prester jusqu'au 5 avril 2019, l'assureur-maladie ayant pour sa part accepté la prise en charge du cas au-delà de cette date.

18. L'intimée estime établi à teneur des documents médicaux que la lésion ayant résulté de l'accident est une simple contusion et non une lésion structurelle et que la recourante présentait un état dégénératif préexistant.

Les radiologies et les images IRM ne mettent pas en évidence de fracture selon l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur ce cas. Le seul médecin qui a évoqué au regard des images IRM une atteinte cartilagineuse d'ordre traumatique est le médecin de la recourante, soit le Dr B_____.

L'avis de ce dernier n'est cependant partagé par aucun des médecins interrogés par l'intimée, ni retenu par les Drs E_____ et D_____ lors de l'examen des images, respectivement de radiologie et d'IRM.

La prise de position du Dr B_____ ne prend en outre pas en compte l'état maladif préexistant et l'intervention chirurgicale ayant été subie par la recourante en mai 2018 sur le même genou. C'est pourtant ce même médecin qui a attesté, de façon rétrospective, en février 2019, une incapacité de travail de la recourante dès le mois de mai 2018 pour cause de maladie (à la suite de l'opération d'un kyste au même genou).

L'avis du Dr B_____ ne peut dès lors être privilégié aux avis médicaux concordants ressortant du dossier et en particulier aux diagnostics et avis médicaux du Dr H_____, lesquels doivent se voir reconnaître, en l'espèce, une pleine valeur probante puisque ce médecin, spécialisé en médecine orthopédique, a eu accès aux éléments médicaux concernant l'accident du 4 février 2019 et a pris position sur l'avis du médecin de la recourante qui retenait une fracture en lieu et place d'une ulcération profonde du cartilage, soit une pathologie dégénérative préexistante.

Il y a dès lors lieu d'admettre, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre, comme le demande la recourante, une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale, que la chute survenue le 4 février 2019 n'a entraîné qu'une aggravation passagère de l'affection préexistante du genou gauche et que le *status quo sine* a été atteint six semaines après cet événement.

19. Le recours est rejeté.

20. 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 NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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