

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2759/2016

ATAS/590/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à JUSSY, représentée par
FORTUNA COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PROTECTION
JURIDIQUE SA

recourante

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise place de Milan, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1964, exerce la profession de médecin-dentiste. À ce titre, elle est assurée à titre facultatif contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 24 avril 2009, l'assurée s'est blessée au genou gauche en chutant à ski. Son assureur a pris en charge les suites de cet accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
3. Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche du 22 juin 2009, le docteur B_____, radiologue, a conclu à une déchirure partielle à subtotale proximale du ligament croisé antérieur, avec des stigmates osseux visibles sous forme de zones de contusion osseuse du compartiment fémoro-tibial externe, sans argument formel en faveur d'une lésion méniscale. Il a également fait état, sur le plan osseux et cartilagineux, d'une « (...) ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale visible sous forme d'un aspect effilé des berges articulaires » et de « discrètes altérations de surfaces visibles au niveau du cartilage articulaire fémoro-patellaire ».
4. Le 23 mars 2010, l'assurée a subi une opération de reconstruction du ligament croisé antérieur genou gauche pratiquée par le docteur C_____, chirurgien orthopédiste. Du rapport opératoire, il ressortait que l'assurée présentait, outre une rupture du ligament croisé antérieur, une chondropathie de stade III+ du condyle interne et de grade II du condyle externe. Il n'y avait en revanche pas de déchirure du ménisque.
5. Une nouvelle IRM du genou gauche a été réalisée le 7 janvier 2011. Le rapport idoine du Centre de diagnostic radiologique de Carouge concluait à un status après plastie du ligament croisé antérieur - avec un greffon d'orientation légèrement verticalisée - et à une chondropathie de grade IV sur le versant fémoral de l'articulation fémoro-patellaire.
6. En raison d'une malposition de la plastie du ligament croisé antérieur, l'assurée a subi une seconde opération du genou gauche le 27 juillet 2011. Le rapport opératoire du Dr D_____, chirurgien orthopédiste, faisait état, outre la malposition du greffon, d'une « chondropathie stade 3 de la trochlée sur conflit antérieur probablement due à la malposition du LCA ».
7. L'assureur a pris en charge les frais liés à cette seconde intervention.
8. Le 15 mai 2013, l'assurée a signalé à l'assureur qu'elle n'était plus traitée pour son genou gauche, mais qu'une troisième intervention chirurgicale était envisagée par le Dr D_____.

9. À la suite d'une recrudescence de douleurs et d'un épanchement du genou gauche, survenus, semble-t-il, à l'issue d'une partie de tennis, le Dr B_____ a effectué une nouvelle IRM le 4 mars 2016. Dans son rapport, ce médecin a conclu à un ligament croisé antérieur intact, mais à une ulcération cartilagineuse de la surface portante du condyle fémoral interne, à une chondropathie fémoro-patellaire de grade IV, à une amputation du bord libre du segment moyen du ménisque externe et à un volumineux kyste poplité postéro-interne.
10. Par décision du 22 avril 2016, l'assureur a mis fin à sa prise en charge avec effet au 1^{er} mars 2016. Cette décision se basait sur un avis du Dr E_____, chirurgien orthopédiste et médecin-conseil, selon qui les atteintes mises en évidence par l'IRM du 4 mars 2016 résultaient de l'évolution naturelle d'atteintes préexistantes, sans lien de causalité avec l'accident du 24 avril 2009.
11. Le 9 mai 2016, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle s'est étonnée que le Dr E_____ considérât sa chondropathie comme antérieure à l'accident de 2009 alors qu'elle n'avait été diagnostiquée qu'en 2011. Au contraire, un rapport IRM de 2005 stipulait que « l'épaisseur du revêtement cartilagineux était conservée dans les trois compartiments du genou gauche (...) » et celui de 2009 ne mentionnait pas de chondropathie évidente. Celui de 2011 concluait quant à lui à une chondropathie de grade IV de l'articulation fémoro-patellaire, dont le Dr D_____ avait considéré qu'elle résultait soit de l'accident, soit de la malposition du greffon du ligament croisé antérieur. Enfin, elle n'avait pas de problème d'arthrose au genou droit.

L'assuré a joint à son opposition un rapport d'IRM rédigé le 4 juillet 2005 par le Dr F_____, radiologue, concluant, s'agissant de son genou gauche, à une déchirure partielle du ligament latéral interne, à une anomalie de signal de la corne postérieure du ménisque interne et à une subluxation médiane du corps du ménisque interne. Sur le plan osseux et cartilagineux, aucun œdème médullaire n'était observé et, compte tenu de l'âge de l'intéressée, l'épaisseur du revêtement cartilagineux était globalement conservée dans les trois compartiments du genou gauche. S'agissant du genou droit, aucune anomalie n'était constatée, hormis un discret œdème entourant le ligament latéral interne, et un épanchement intra-articulaire.

12. Le Dr E_____ a rendu un nouveau rapport le 13 juin 2016, dans lequel il indique :
« À l'examen des rapports médicaux soumis le 16 mars 2011, j'estime que le lien de causalité avec l'accident n'est plus donné. Il s'agit de manifestations d'une chondropathie fémoro-patellaire, fémoro-tibiale déjà évidentes à l'IRM du 22 juin 2009, deux mois après l'accident, retrouvées aussi à l'arthroscopie du 23 mars 2010. De telles lésions cartilagineuses ne peuvent se développer si rapidement après une distorsion, d'autant moins que la déchirure du ligament croisé antérieur a été stabilisée chirurgicalement le 23 mars 2010, c'est-à-dire onze mois après l'accident. De plus, l'intervention n'a pas été suivie de complication car l'IRM du 7 janvier 2011 (presque un an après la plastie du ligament croisé antérieur) ne

présente pas de signe de déchirure et, évidemment, la chondropathie fémoro-tibiale et fémoro-patellaire est retrouvée. Du reste, un examen IRM des deux genoux avait été réalisé le 4 juillet 2005, donc quatre ans avant l'accident, en raison de douleurs internes. À cet examen, sont décrites des lésions dégénératives méniscales internes qui étaient déjà décrites, et au genou droit aussi.

Une deuxième intervention arthroscopique est réalisée par le Dr D_____ le 12 juillet 2011. À cet examen sont retrouvées les chondropathies fémoro-tibiales interne et fémoro-patellaire jusqu'au stade 3 pour la trochlée. Le Dr D_____ décrit une mauvaise position de la plastie (...). Comme cette intervention est en rapport de causalité avec la plastie ligamentaire, j'estime qu'elle est à la charge de l'assurance-accidents.

Un nouvel examen IRM est réalisé le 4 mars 2016, six ans après la plastie du ligament croisé antérieur en raison de douleurs internes (même indication qu'en juillet 2005). Les lésions chondromalaciques sont retrouvées en zone de charge du condyle fémoral interne (...). Comme en 2005, le ménisque interne présente des signes de dégénérescence, c'est l'évolution naturelle d'une gonarthrose surtout interne et antérieure, déjà diagnostiquée sur l'IRM réalisée deux mois après l'accident. Certes, la chondropathie fémoro-tibiale interne n'est pas manifeste à l'IRM réalisée 4 ans avant l'accident mais [l'assurée] se plaignait déjà de douleurs internes au genou gauche et le ménisque interne présentait, avant l'apparition des lésions cartilagineuses, une atteinte dégénérative (...).

Contrairement aux affirmations de [l'assurée], la chondropathie fémoro-patellaire est déjà évidente à l'IRM du 22 juin 2009. Si la plastie du ligament croisé antérieur était mal positionnée, elle se serait soit déchirée ou distendue, ce qui n'a jamais été constaté, soit elle aurait entraîné une limitation de la mobilité mais [l'assurée] affirme avoir regagné la mobilité de son genou (...) Il est surprenant que [l'assurée] affirme ne jamais avoir souffert de son genou, pourquoi donc réaliser une IRM des deux genoux quatre ans avant l'accident. Je n'ai jamais prétendu que la chondropathie était symptomatique, ni même objectivée avant l'accident de 2009, mais deux mois après cet accident, elle est manifeste à l'IRM et à l'arthroscopie, et le temps écoulé depuis l'accident permet d'exclure que cet accident en soit la cause ».

13. Par décision du 21 juin 2016, l'assureur a rejeté l'opposition au motif que les atteintes étaient bel et bien d'origine exclusivement malade, même si elles étaient restées asymptomatiques jusqu'à l'accident du 24 avril 2009. En d'autres termes, l'accident ne les avait pas provoquées mais seulement révélées. En effet, selon le Dr E_____, les lésions cartilagineuses - chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale - constatées lors de l'arthroscopie du 23 mars 2010 étaient déjà visibles sur l'IRM pratiquée le 22 juin 2009 et n'auraient pu se développer aussi rapidement après l'accident du 24 avril 2009. Quant à l'IRM de mars 2016, elle témoignait d'une aggravation des lésions chondromalaciques et d'une dégénérescence du ménisque interne, déjà constatée en 2005. Ainsi, la situation

telle qu'elle se présentait désormais était la conséquence d'une gonarthrose antérieure à l'accident, qui avait évolué naturellement. Partant, c'était à bon droit qu'il avait cessé sa prise en charge.

14. Par acte du 22 août 2016, l'assurée a saisi la Chambre de céans d'un recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au maintien des prestations LAA « pour toutes les suites de l'accident du 24 avril 2009, y compris la rechute de mars 2016 », subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assureur pour expertise.

La recourante soutient que sa « rechute » de mars 2016 est en lien de causalité avec l'accident du 24 avril 2009. Elle en veut pour démonstration le fait que l'IRM de 2005 ne montrait aucune arthrose. Selon elle, le fait que son genou ait fonctionné dans de mauvaises conditions après son accident a vraisemblablement favorisé l'atteinte du cartilage.

Par ailleurs, la recourante reproche à l'intimé une instruction insuffisante. Selon elle, l'avis du Dr G_____, qui contredit celui du Dr E_____, aurait justifié la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Dans son rapport du 29 juillet 2016 - invoqué par la recourante et produit par cette dernière - le Dr G_____ indique ne pouvoir se rallier à l'opinion selon laquelle les atteintes de l'assurée résulteraient exclusivement d'une maladie. En effet, l'IRM de 2005 a montré un cartilage intact, sans arthrose ni pré-arthrose. De surcroît, en raison de la déchirure ligamentaire, le genou gauche a travaillé pendant presque une année dans de mauvaises conditions, ce qui a vraisemblablement favorisé une atteinte du cartilage. Du reste, il est communément admis qu'une déchirure du ligament croisé antérieur est arthrogène, que le genou soit opéré ou non. Selon le médecin, l'apparition d'une telle atteinte quelques années après une déchirure du ligament croisé antérieur constitue une situation classique, bien connue en médecine orthopédique.

15. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 20 septembre 2016, a conclu au rejet du recours.

Selon lui, le rapport du Dr G_____ est dénué de valeur probante, car il est peu motivé et l'on ignore si ce médecin a pris connaissance des pièces médicales. À l'inverse, l'appréciation du Dr E_____ lui paraît convaincante. Or, selon ce médecin, le ménisque interne présentait déjà en 2005 des signes de dégénérescence, qui se sont nécessairement repercutés sur l'état du cartilage après quelques années. D'ailleurs, le rapport d'IRM du 22 juin 2009 faisait précisément état d'une atteinte du cartilage fémoro-tibial et fémoro-patellaire. Constatée seulement deux mois après l'accident, cette atteinte ne peut s'être développée aussi rapidement, de sorte qu'il faut admettre qu'elle est antérieure à l'accident et a évolué naturellement, sans influence accidentelle.

À l'appui de sa réponse, l'intimée produit un nouveau rapport du Dr E_____, rédigé en ces termes :

« Je prends connaissance de l'avis du Dr G_____ du 29 juillet 2016. Je ne partage pas son appréciation. En effet, il faut relever qu'en 2005, quatre ans avant l'accident du 24 avril 2009, [l'assurée] se plaignait déjà de douleurs internes aux deux genoux. L'examen IRM du genou gauche du 4 juillet 2005 met en évidence des lésions dégénératives débutantes du ménisque interne (bord libre irrégulier, discrète subluxation et fissuration) qui auront nécessairement des répercussions sur l'état cartilagineux du genou après quelques années. Le fait que le ménisque interne est inapte à remplir ses fonctions est un facteur de pré-arthrose.

Une plastie du ligament croisé antérieur n'est en principe jamais effectuée en urgence (...). Le fait que [l'assurée] ait été opérée après onze mois est donc parfaitement normal et cela n'est pas déterminant pour l'évolution de ce genou.

S'il est exact de dire que l'apparition d'une situation arthrosique à quelques années d'une déchirure du LCA constitue une clinique bien connue en orthopédie, ce développement se fait après de nombreuses années (quinze-vingt ans). En l'espèce, comme déjà relevé dans mon rapport du 6 juin 2016, la gonarthrose antérieure et interne est déjà décrite à l'examen IRM du 22 juin 2009, soit deux mois seulement après l'accident. De telles lésions ne se développent pas dans un laps de temps aussi court ».

16. La recourante a répliqué le 11 octobre 2016, en persistant dans ses conclusions et en produisant un nouveau rapport du Dr G_____ :

« Lorsqu'il cite l'IRM de 2005, [le Dr E_____] oublie de préciser que cet examen a été fait suite à une chute à ski et non pas pour une prétendue souffrance du genou gauche, d'origine dégénérative. Une lésion du ligament latéral interne a d'ailleurs été diagnostiquée, lésion bénigne, en principe totalement réversible, sans rôle arthrogène. L'examen décrit "un revêtement cartilagineux globalement conservé dans les trois compartiments du genou gauche", à savoir une situation de normalité (...). Dans ses conclusions, le radiologue retient seulement une "fissuration débutante" visible sous forme d'un hypersignal linéaire, trouvaille fréquente à l'âge de 41 ans. Dans des séries d'autopsies, la fréquence de lésions méniscales, essentiellement de type horizontal, sont décrites comme "extrêmement banales", atteignant une fréquence de l'ordre de 73% (J. Malghem et al., Le genou dégénératif : ménisques, os sous-chondral etc., Journées françaises de radiologie 2004). On peut donc supprimer la conclusion hâtive du Dr E_____ : "qui auront évidemment des répercussions sur l'état cartilagineux du genoux après quelques années".

En ce qui concerne le troisième paragraphe, son affirmation est arbitraire et injustifiée. Il est admis qu'une plastie du ligament croisé antérieur n'est pas une chirurgie d'urgence. Je veux bien accepter qu'un délai jusqu'à deux ans ne se répercute pas sur la qualité de la chirurgie : une plastie bien réalisée sera valable. Mais je ne puis admettre que ce délai ne se répercute pas sur une réelle souffrance

articulaire. En effet, l'instabilité de la jointure débouche régulièrement sur des lésions "dégénératives" qui sont en vérité de causalité traumatique.

Une autre observation me semble importante dans ce dossier. La plastie est décrite comme en position sub-optimale. Cela est confirmé par l'IRM du 7 janvier 2011 mais aussi par une appréciation du Dr D_____, orthopédiste, qui aurait même mentionné la possibilité de refaire la plastie. Cette donnée infirme ce qui est dit à la page 2 du mémoire de réponse de [l'intimé] (...) : "alors même que la déchirure du ligament croisé antérieur a été stabilisée chirurgicalement sans aucune complication". Une position sub-optimale du greffon est à l'origine d'une évolution arthrosique certaine. Une des conditions requises pour le succès d'une ligamentoplastie est le positionnement correct du transplant (...).

C'est en raison de tout ce qui précède que la causalité traumatique de l'état actuel du genou gauche de [l'assurée] ne peut être niée ».

17. L'intimée a dupliqué le 1^{er} novembre 2016, après avoir invité le Dr E_____ à se déterminer sur les objections formulées par le Dr G_____.

Le Dr E_____ répète que l'IRM de 2005 montre des lésions dégénératives débutantes du ménisque interne, et que si une plastie chirurgicale du ligament croisé antérieur est effectuée dans les deux ans, cela ne se répercute pas sur la qualité de la chirurgie et la souffrance articulaire.

Par ailleurs, il maintient que la chirurgie du ligament croisé antérieur n'a pas entraîné de complication et qu'une légère malposition de la plastie n'entraîne pas d'arthrose. Chez l'assurée, l'arthrose apparaissait déjà sur l'IRM de juin 2009, de sorte qu'elle est antérieure à l'accident. En conséquence, l'intimé persiste dans ses conclusions en rejet du recours.

18. Cette écriture transmise à la recourante, la cause a été gardée à juger.

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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, le recours est recevable (art. 62 al. 1, 89B et 89C

de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 38 al. 4 et 60 al. 1 LPGA).

4. Est litigieuse la prise en charge par l'intimé du traitement des atteintes - telles que mises en évidence par l'IRM du 4 mars 2016 - que l'assurée présente encore au genou gauche, singulièrement la question de savoir si ces atteintes sont en lien de causalité avec l'accident du 24 avril 2009.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).
6. a. 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).

b. L'exigence du lien de causalité naturel 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.

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).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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).

d. 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).

7. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

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. 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 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). 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. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) 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 (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

9. a. 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. 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).

b. 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).

c. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

10. En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'intimée, se fondant sur l'avis du Dr E_____, a retenu que les lésions apparaissant sur l'IRM du 4 mars 2016 - ulcération cartilagineuse du condyle fémoral interne et chondropathie fémoro-patellaire de grade IV, notamment - résultaient de l'évolution naturelle d'atteintes malades antérieures à l'accident du 24 avril 2009, sans lien de causalité avec celui-ci. En conséquence, il a refusé de prendre en charge le traitement médical de l'assurée dès le 1^{er} mars 2016.

La recourante argue pour sa part que son arthrose sévère du genou gauche est bel et bien en relation de causalité avec l'accident de 2009, comme en témoignent les rapports du Dr G_____, de sorte que l'intimé doit continuer à prendre en charge toutes les suites de cet accident, y compris sa « rechute » de mars 2016.

11. En l'espèce, on se trouve en présence d'opinions médicales diamétralement opposées, émanant de deux spécialistes en chirurgie orthopédique, soit le Dr E_____, médecin-conseil de l'assureur, et le Dr G_____, médecin de l'assurée.

Selon le Dr E_____, la chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale de l'assurée est antérieure à l'accident d'avril 2009, car elle apparaissait déjà sur l'IRM réalisée en juin 2009 - deux mois seulement après cet accident - et n'aurait pas pu se développer dans un intervalle aussi bref, un délai de quinze à vingt ans depuis la déchirure ligamentaire lui paraissant nécessaire. De surcroît, une IRM réalisée quatre ans avant l'accident, en 2005, avait déjà montré des lésions dégénératives débutantes du ménisque interne (bord libre irrégulier, discrète subluxation et fissuration), qui se répercuteraient inéluctablement sur l'état du cartilage après quelques années. L'IRM de 2016, comme celle de 2009, montre des

lésions chondromalaciques du condyle fémoral interne, avec une ulcération cartilagineuse, un amincissement du cartilage fémoro-tibial interne, et une dégénérescence du ménisque interne, déjà observée en 2005. Ainsi, le Dr E_____ estime que cette IRM ne fait que refléter l'évolution naturelle d'une gonarthrose antérieure à l'accident.

Le Dr G_____ rétorque que les atteintes dont l'assurée souffre encore au genou gauche sont bel et bien d'origine traumatique, en lien de causalité avec l'accident de 2009. En effet, l'IRM réalisée en 2005 n'a pas montré d'arthrose ou de pré-arthrose. En outre, l'affirmation selon laquelle les lésions dégénératives débutantes du ménisque observées en 2005 se répercuteraient inéluctablement sur l'état du cartilage après quelques années lui paraît hâtive, car selon la littérature médicale, de telles lésions - qui atteignent une prévalence d'environ 73% - sont « extrêmement banales » à l'âge de 41 ans. Par ailleurs, il observe qu'après la déchirure accidentelle du ligament croisé antérieur survenue en avril 2009, le genou a travaillé pendant presque une année dans de mauvaises conditions, ce qui a vraisemblablement favorisé une atteinte du cartilage. De surcroît, il est apparu à la suite de l'opération chirurgicale de mars 2010 que le greffon du ligament croisé antérieur avait été mal positionné (cf. rapport d'IRM du 7 janvier 2011), ce qui est à l'origine d'une évolution certaine vers une arthrose.

Enfin, il sied de relever que le Dr D_____, sans avoir été expressément invité à se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident et les atteintes du genou gauche de l'assurée, a indiqué dans son rapport opératoire de juillet 2011 que la chondropathie de stade III de la trochlée était « probablement due à la malposition du LCA ».

12. a. La Chambre de céans constate que les rapports des Drs E_____ et G_____ émanent de spécialistes et qu'ils sont suffisamment motivés l'un et l'autre pour que l'on ne puisse leur dénier toute valeur probante.

Dans la mesure où le bilan IRM réalisé en juin 2009 - deux mois seulement après l'accident d'avril 2009 - évoquait déjà une « ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale » du genou gauche, on peut concevoir que l'assurée ait souffert d'une telle atteinte avant son accident de ski. Toutefois, au regard des arguments avancés par le Dr G_____, il faut se demander si cette gonarthrose, fût-elle préexistante, a été aggravée par l'accident et dans l'affirmative pendant combien de temps. Or, les rapports au dossier ne permettent précisément pas d'établir si et, le cas échéant, depuis quand cette gonarthrose a fait place à l'état de santé dans lequel la recourante se serait trouvée sans l'accident du 24 avril 2009 (*statu quo sine*).

b. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

c. Au regard des avis motivés et contradictoires des Drs E_____ et G_____, des doutes subsistent quant au lien de causalité entre les atteintes du genou gauche relatées dans le rapport d'IRM du 4 mars 2016 et l'accident du 24 avril 2009, notamment sous l'angle d'un éventuel *statu quo sine*, de sorte qu'une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimé pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA.

Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 21 juin 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

13. La recourante, qui est représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
14. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 21 juin 2016.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'800.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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 SÉCHAUD

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