RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2955/2021 **ATAS/526/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 juin 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____ , à PLAN-LES-OUATES recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1960, désormais à la retraite, a travaillé en qualité de maîtresse d'éducation physique pour l'État de Genève. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

b. Le 26 novembre 2017, l'assurée s'est tordu le genou droit lors d'un match de badminton et a subi une déchirure du ménisque externe droit. Malgré le traitement de physiothérapie et de repos, l'évolution a été peu favorable, avec un épanchement résiduel et des douleurs, et l'intéressée a été opérée le 28 mars 2018 par le Docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. L'évolution a été lentement favorable, l'assurée a repris le travail à temps complet le 4 juin 2018 et bénéficié d'un traitement physiothérapeutique.

c. Sur demandes de la CNA, l'assurée lui a répondu le 16 novembre 2018 que le traitement n'était pas terminé et qu'elle poursuivait la physiothérapie. Les 21 mars et 3 avril 2019, elle a confirmé que le traitement n'était pas achevé et qu'elle consulterait le Dr B_____ le 24 mai 2019.

d. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM), réalisée le 4 juin 2019, a révélé une récidive de lésion du ménisque externe droit. Un traitement fonctionnel et conservateur a été prescrit, avec des séances de physiothérapie à visée de mobilité articulaire et de travail de stabilisation dynamique. La CNA a pris en charge les frais médicaux et de traitement.

e. Le 27 avril 2021, l'assurée a annoncé une rechute de l'accident du 26 novembre 2017, expliquant avoir interrompu la physiothérapie depuis mars 2020 en raison de la pandémie.

f. Par rapports des 15 mars et 1er mai 2021, le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'intéressée, qui avait pris sa retraite et n'enseignait plus, pour un contrôle en raison de douleurs au genou. Il a retenu le diagnostic de réactivation d'un syndrome fémoro-patellaire sur un déséquilibre musculaire à droite.

g. Par avis des 4 et 27 mai 2021, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que la causalité entre les troubles du genou droit et l'événement du 26 novembre 2017 était tout au plus possible, la symptomatologie douloureuse étant antérieure et concernait un déséquilibre des chaînes musculaires.

h. Le 4 mai 2021, la CNA a informé l'assurée qu'il n'y avait, selon les pièces médicales, aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 26 novembre 2017 et les troubles au genou droit, de sorte qu'elle ne lui verserait pas de prestations.

i. Le 26 mai 2021, l'assurée a fait valoir qu'elle était encore en traitement pour le genou droit fin 2019 début 2020, que les centres de physiothérapie avaient fermé en mars 2020 en raison du Covid-19, qu'elle n'avait pu reprendre ses séances sans masque qu'au mois de mars 2021. Suite à l'IRM du 4 juin 2019, son médecin et elle avaient décidé de ne pas réopérer et de traiter plutôt fonctionnellement les douleurs avec de la physiothérapie. Elle avait revu son médecin en mars 2021 car les douleurs étaient toujours présentes et il lui avait proposé de continuer encore la physiothérapie. L'intervalle d'une année sans traitement était uniquement dû à la pandémie.

B. **a.** Par décision du 27 mai 2021, la CNA a confirmé son refus d'allouer des prestations, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'évènement du 26 novembre 2017 et les troubles du genou droit.

b. Le 14 juin 2021, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision et sollicité l'appréciation du médecin-conseil de la CNA.

c. Le 21 juin 2021, la CNA a transmis à l'assurée un rapport établi le jour même par le Dr C_____, aux termes duquel la symptomatologie présentée par l'assurée était vraisemblablement en rapport avec un état dégénératif évolutif du compartiment fémoro-patellaire du genou droit.

d. Par courriel du 29 juin 2021, l'assurée a complété son opposition, indiquant que le « craquement » avait mis en évidence une déchirure du ménisque, et rappelant que le traitement et l'IRM avaient été pris en charge par la CNA. Elle sollicitait donc la poursuite de cette prise en charge qui avait dû être interrompue à cause de la pandémie, avant que le traitement ne soit complètement terminé.

e. Par décision sur opposition du 17 août 2021, la CNA a écarté la contestation de l'intéressée et confirmé sa décision du 27 mai 2021. Elle a considéré que sur une question essentiellement médicale et en l'absence de tout élément contraire au dossier, il y avait lieu de suivre l'analyse du médecin-conseil, effectuée en toute connaissance de cause.

Copie de la décision a été adressée à l'assureur-maladie de l'intéressée.

C. **a.** Par acte du 6 septembre 2021, complété le 28 septembre 2021, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision sur opposition et conclu à son annulation et à l'octroi de prestations d'assurance.

b. Dans sa réponse du 28 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, motif pris que l'intéressée n'avait produit aucun élément médical nouveau permettant de s'écarter de la décision litigieuse.

c. Les 11 novembre et 6 décembre 2021, les parties ont persisté.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de 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.

4. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante suite à l'annonce d'une rechute le 27 avril 2021, singulièrement sur le lien de causalité entre l'accident du 26 novembre 2017 et les troubles présentés au genou droit.

5. 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).

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).

5.1 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 exigence est remplie 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, 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).

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.

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).

5.2 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).

5.3 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).

6. 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).

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).

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. Étant 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en oeuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

7. 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).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

8. 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 – Cs t; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 17 août 2021, l'intimée a retenu, sur la base des appréciations du Dr C_____, que la rechute annoncée par la recourante en avril 2021 n'était pas en rapport de causalité avec l'accident du 26 novembre 2017, mais relevait d'un état dégénératif évolutif. Elle a notamment souligné que l'intéressée avait indiqué ne plus avoir de consultation auprès du Dr B_____ le 4 octobre 2019, soit bien avant la pandémie, et ne plus avoir consulté ce médecin avant mars 2021, soit durant la deuxième ou troisième vague. L'intéressée ne pouvait donc pas prétendre que le traitement avait été interrompu par le Covid-19. Il s'agissait d'une rechute de la symptomatologie, laquelle ne concernait pas les suites de l'accident, mais était en rapport avec un état dégénératif évolutif.

9.1 La recourante a contesté cette position, faisant en substance valoir qu'elle avait consulté le Dr B_____ au début de l'année 2019 suite à des douleurs au genou droit, que l'IRM réalisée en juin 2019 avait permis de constater une nouvelle déchirure du ménisque, considérée par le Dr B_____ comme une rechute de l'accident de novembre 2017, et qu'il avait alors été décidé de traiter les douleurs de manière fonctionnelle avec de la physiothérapie afin d'éviter une intervention chirurgicale. Le centre de physiothérapie avait fermé à cause du Covid-19 en mars 2020, alors qu'elle était encore en traitement. Elle n'avait pas repris les séances dès la réouverture du centre, car elle ne souhaitait pas travailler avec un masque et s'exposer au risque de contamination. Devant la persistance des douleurs, elle avait toutefois consulté à nouveau le Dr B_____ en mars 2021 et il lui avait proposé de continuer avec une série de séances, qui avait été refusée par l'intimée. Elle a souligné que l'IRM du 4 juin 2019 et le bon de physiothérapie avaient été payés par l'intimée qui avait accepté de les prendre en compte à titre de rechute de l'accident de novembre 2017. De plus, elle avait bien précisé à l'intimée qu'il ne fallait pas clore son dossier, même si elle n'avait pas encore de rendez-vous avec son médecin.

9.2 L'intimée a relevé que son médecin d'arrondissement avait pu certifier à plusieurs reprises, après l'annonce d'une éventuelle rechute en avril 2021, que la causalité naturelle avec l'événement déclaré du 26 novembre 2017, soit une torsion du genou lors d'un match de badminton, était tout au plus possible pour les douleurs nécessitant actuellement un traitement de physiothérapie. La

symptomatologie présentée par la recourante ne concernait pas les suites de l'accident, mais était en réalité en rapport avec un état dégénératif évolutif du compartiment fémoro-patellaire du genou droit, responsable d'un déséquilibre musculaire, comme rapporté par le médecin traitant.

9.3 Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante des rapports du médecin d'arrondissement.

Par avis des 4 et 27 mai 2021, le Dr C_____ a retenu que la relation de causalité naturelle entre les troubles signalés au genou droit et l'événement du 26 novembre 2017 était tout au plus possible, car la symptomatologie douloureuse était antérieure et concernait un déséquilibre des chaînes musculaires.

Sur demande de la recourante, l'intimée a sollicité un rapport détaillé de la part de son médecin-conseil. Dans son appréciation du 21 juin 2021, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire secondaire à une arthrose fémoro-patellaire et patella alta droit, et de status post-méniscectomie latérale droite en 2018. Il a estimé que les lésions chondrales superficielles de grade I sur la trochlée fémorale et sur la patella, observées lors de l'arthroscopie du 28 mars 2018, signaient une atteinte fémoro-patellaire préexistante. Sur le plan radiologique, l'examen du 13 septembre 2007 avait mis en évidence un index de Catton-Deschamps de 1,17, indiquant une tendance à une rotule haute, qui était souvent retrouvée lors des syndromes fémoro-patellaire et s'associait à un phénomène d'instabilité fémoral-patellaire générateur d'évolution arthrosique du compartiment fémoro-patellaire. La causalité naturelle avec l'événement déclaré du 26 novembre 2017, soit une torsion du genou lors d'un match de badminton, était tout au plus possible pour les douleurs actuelles qui nécessitaient un traitement. Il a conclu que la symptomatologie présentée par la recourante était vraisemblablement en rapport avec un état dégénératif évolutif du compartiment fémoro-patellaire du genou droit.

La chambre de céans constate que si les deux premières appréciations du médecin-conseil sont succinctes et dénuées de toute motivation, son rapport du 21 juin 2021 se fonde sur une analyse approfondie des documents communiqués par l'intimée, dont le rapport opératoire du 29 mars 2018 du Dr B_____, ainsi que sur un examen radiologique du « 13 septembre 2007 ». Que ce dernier document n'ait pas été produit dans le cadre de la présente procédure ne saurait suffire à remettre en cause la valeur probante des conclusions du médecin-conseil.

En ce qui concerne les atteintes à la santé, il est rappelé que le syndrome fémoro-patellaire correspond au diagnostic retenu par le médecin traitant. L'arthrose fémoro-patellaire mentionnée par le Dr C_____ est en outre corroborée par les observations du Dr B_____, qui a relevé plusieurs dégradations du cartilage lors de l'arthroscopie du 28 mars 2018. En effet, son compte-rendu opératoire fait notamment état de lésions chondrales superficielles de grade I sur la trochlée fémorale et sur la rotule, d'irrégularités superficielles cartilagineuses sur le

condyle fémoral latéral, d'une fibrillation de grade I à II notamment sur l'épine tibiale latérale du cartilage du plateau. Quant à la patella alta, le médecin-conseil s'est basé sur son propre examen des images pour expliquer de manière convaincante la raison pour laquelle il retenait l'existence d'une rotule haute.

La recourante n'avance aucun élément qui permettrait de douter des conclusions du Dr C_____ selon lesquelles, d'une part, les lésions chondrales constatées lors de l'intervention du 28 mars 2018 signaient une atteinte fémoro-patellaire préexistante au sinistre et, d'autre part, la symptomatologie présentée était en lien avec un état dégénératif évolutif. Les pièces produites ne comportent pas le moindre indice qui justifierait de s'écarter de cette appréciation motivée, fondée sur un dossier complet et qui résulte d'une analyse détaillée et minutieuse.

En l'absence de tout doute sur la fiabilité et la validité des conclusions du Dr C_____, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations complémentaires.

9.4 La chambre de céans relèvera en outre que l'atteinte à la santé causée par l'accident du 26 novembre 2017, soit une lésion méniscale du genou droit, avec une récidive en 2019, ne s'est plus manifestée en 2021.

9.4.1 Il ressort en effet des rapports médicaux que la torsion du genou droit survenue le 26 novembre 2017 a entraîné une déchirure du ménisque externe droit (cf. rapport du 8 février 2018 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, et rapport du 22 mars 2018 du Dr B_____). Lors de l'arthroscopie du 28 mars 2018, le Dr B_____ a constaté une déchirure horizontale et verticale de la corne antérieure du ménisque latéral, ainsi que les lésions chondrales précitées (cf. rapport opératoire du 29 mars 2018). Compte tenu de l'évolution favorable (cf. rapports des 1er mai et 8 août 2018 du Dr B_____), l'intéressée a pu reprendre son activité de maîtresse d'éducation physique au mois de juin 2018. Elle a bénéficié d'un traitement physiothérapeutique de mobilité et de reconditionnement musculaire, initialement prévu pour une durée de 6 mois après l'intervention (cf. rapport du 1er mai 2018 du Dr B_____), avec une prolongation des séances jusqu'au début de l'année 2019 (cf. prescriptions des 8 et 19 novembre 2018 du Dr B_____, questionnaires remplis par la recourante les 16 novembre 2018, 21 mars et 3 avril 2019).

Consulté à nouveau le 24 mai 2019, le Dr B_____ a relaté la survenance de deux chutes, la première à vélo en janvier 2019, et la seconde en course à pied le 24 avril 2019 avec un impact sur les deux genoux, la face et l'épaule. Entre ces deux événements, l'intéressée avait en outre présenté, après une semaine de ski en février 2019, une vive douleur associée à un craquement lors du passage de sa jambe en extension vers la flexion, avec le développement d'un épanchement articulaire. À l'examen clinique, le spécialiste a constaté une lame d'épanchement, une raideur postérieure et des ischio-jambiers, une douleur sur l'interligne fémoro-tibiale externe, et a mesuré les flexion-extension à 130°-0°-0°. Le Grindig test (destiné à vérifier une lésion méniscale) était positif et la manœuvre

de Mc Murray (utilisée pour évaluer une atteinte organique au niveau des ménisques du genou) générait une appréhension. Concernant le genou droit, le médecin a posé le diagnostic de contusion et de suspicion de récidive de lésion du ménisque externe. Il a sollicité une IRM et fixé une nouvelle consultation au 21 juin 2019 (cf. rapport du 24 mai 2019). L'IRM, réalisée le 4 juin 2019, a confirmé une lésion complexe du ménisque latéral sur la moitié antérieure de son corps avec une subluxation latérale du ménisque et des ébauches de kystes mucoïdes paraméniscaux, continuation des fissures méniscales sur la corne antérieure. Elle a aussi mis en exergue une petite fissure horizontale de la corne postérieure du ménisque médial, une discrète chondropathie fémoro-tibiale latérale et sur la patella, et un minime épanchement articulaire. Lors de son examen du 21 juin 2019, le Dr B_____ a constaté que la patiente allait « un peu mieux ». Il n'y avait pas d'épanchement et pas de douleur au test méniscal, la flexion-extension était mesurée à 130°-0°-5°. Il a préconisé la poursuite du traitement fonctionnel et conservateur pour le ménisque, en évitant les activités avec des impacts et des flexions importantes (cf. rapport du 21 juin 2019). Le 21 août 2019, ce médecin a signé une nouvelle prescription pour neuf séances de physiothérapie, mentionnant la suite du traitement pour une mobilité articulaire et un travail de stabilisation dynamique.

Le Dr B_____ a revu la patiente le 15 mars 2021 en raison de douleurs au genou. Il a diagnostiqué une réactivation d'un syndrome fémoro-patellaire sur un déséquilibre musculaire à droite, sans mention aucune d'une lésion ou d'une suspicion de lésion méniscale. Il a relaté que la patiente avait présenté durant l'hiver une douleur antérieure, d'allure mécanique avec une sensation de contrainte articulaire, ainsi que des douleurs lors de la position assise prolongée, à la marche ou à la descente d'escalier. À l'examen clinique, il a constaté une tuméfaction péri-rotulienne, un tilt rotulien positif, une importante rétraction voire hypotonie des ischio-jambiers et dans une moindre mesure de la chaine latérale, une douleur à la palpation de la facette latérale de la rotule, une flexion-extension à 130°-0°-10°, une bonne stabilité du genou sans épanchement. Il a expressément noté l'absence de signes méniscaux. Un travail intensif de relâchement des ischio-jambiers était initié (cf. rapport du 15 mars 2021). Suite à une nouvelle consultation au mois de mai 2021, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire sur un déséquilibre musculaire droit, relaté un dérobage et des douleurs antérieures sur le genou droit, et rappelé les status après résection du ménisque externe droit et après résection du ligament croisé postérieur du grand latéral du genou gauche. L'atteinte fonctionnelle consistait en une rétraction des chaines musculaires postérieure et latérale, un tilt rotulien et des douleurs facettaires externes de la rotule (cf. rapport du 1er mai 2021).

9.4.2 Il appert ainsi que la récidive de la lésion méniscale du genou droit, confirmée par l'IRM du 4 juin 2019, a favorablement évolué entre les examens des 24 mai et 21 juin 2019 du Dr B_____. En effet, outre une légère

augmentation des amplitudes et la disparition de l'épanchement, les tests utilisés pour évaluer une lésion du ménisque n'étaient plus douloureux le 21 juin 2019, ce qui explique certainement que ce spécialiste n'a pas retenu d'indication opératoire, au profit d'un simple traitement de physiothérapie et des mesures d'épargne.

L'amélioration des lésions du ménisque s'est manifestement poursuivie puisqu'il ressort d'une note interne de l'intimée du 4 octobre 2019 que l'intéressée lui a déclaré qu'aucune consultation n'était prévue auprès du Dr B_____ et qu'elle n'a effectivement plus revu ce dernier jusqu'au printemps 2021. Mais surtout, dans ses rapports des 15 mars et 1er mai 2021, le Dr B_____ n'a fait état d'aucune atteinte méniscale. Au contraire, il a expressément noté que les signes méniscaux étaient négatifs.

9.4.3 À toutes fins utiles, il sera encore observé que l'accident assuré n'a pas engendré d'atteinte au niveau de la rotule. En effet, si l'examen radiologique réalisé dans les suites du sinistre a mis en évidence une rotule bipartite, aucune fracture ou autre blessure n'a été constatée à ce niveau (cf. rapport médical du 11 janvier 2018). De même, le Dr B_____ n'a relevé aucune lésion au niveau de la rotule lors de son intervention chirurgicale (cf. rapport opératoire).

9.5 Eu égard à tout ce qui précède, force est donc de conclure à l'absence de lien de causalité entre l'atteinte à la santé causée par l'accident assuré, soit une lésion du ménisque externe du genou droit, et les nouvelles plaintes de la recourante qui ont motivé l'annonce d'une rechute le 27 avril 2021.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario 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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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