

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3651/2016

ATAS/660/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juillet 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à BELLEVUE, représentée par
CAP Protection Juridique Me Mary Pallante

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1981, domiciliée dans le canton de Genève, travaille comme assistante de direction auprès des B_____ (ci-après : B_____) depuis le 6 janvier 2014, en étant assurée à ce titre contre les accidents par la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. En date du 9 mars 2015 à 12h30 – à teneur de la déclaration bagatelle que les B_____ adresseront le 10 avril 2015 à la SUVA –, l'assurée s'est fait mal au poignet gauche et au genou droit en tombant en avant à la suite d'un faux pas et en se rattrapant alors qu'elle courait, subissant une inflammation audit poignet et une écorchure audit genou.
3. Elle a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, en mai 2015, compte tenu de douleurs persistantes au niveau du poignet gauche. Ledit médecin a diagnostiqué un kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche, qu'il a soigné par des infiltrations.
4. Par courrier du 10 décembre 2015, la SUVA a adressé au Centre de chirurgie et thérapie de la main une garantie de prise en charge des suites de l'accident précité du 9 mars 2015.
5. Le traitement conservateur ayant échoué, le Dr C_____ a préconisé de procéder à une excision dudit kyste, prévue pour le 19 avril 2016.
6. Le 6 avril 2016, les B_____ ont adressé à la SUVA une déclaration de sinistre faisant état d'une rechute de l'accident précité du 9 mars 2015, indiquant que l'assurée interromprait son travail depuis le 19 avril 2016.
7. La SUVA a aussitôt indiqué, par courrier du 8 avril 2016, qu'elle ne pouvait pas encore se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance.
8. D'après ses réponses à un questionnaire qu'elle a rempli le 17 avril 2016 à l'adresse de la SUVA, l'assurée, lors de son accident du 9 mars 2015, avait chuté en faisant du jogging et s'était blessée au poignet gauche en essayant d'amortir sa chute (lors de laquelle elle avait également touché son genou droit, toutefois sans suite). Elle n'avait alors pas eu d'arrêt de travail, mais elle allait en avoir un à la suite de son opération du 19 avril 2016, que le Dr C_____ pratiquerait au Centre de chirurgie et thérapie de la main.
9. En date du 19 avril 2016, le Dr C_____ a procédé à l'excision du kyste dorsal précité de l'assurée, qui se trouvera depuis lors en incapacité jusqu'au 23 mai 2016. D'après le rapport opératoire de cette intervention, l'excision avait porté sur un kyste apparu après une chute en 2015, n'ayant jamais complètement régressé depuis, malgré deux infiltrations dont l'une sous échographie ; l'assurée éprouvait une gêne persistante et une douleur lors des appuis en extension ; le kyste était bien palpable ; il n'y avait pas d'instabilité scapho-lunaire sous-jacente. Le kyste se situait entre la 3^{ème} et la 4^{ème} coulisse, était intra-capsulaire et se poursuivait en

profondeur et en continuité avec la synoviale articulaire dans l'espace radio-carpien et à la face dorsale de l'espace scapho-lunaire, d'où il avait été réséqué en totalité.

10. Dans un « rapport médical initial LAA » du 2 mai 2016 du Dr C_____, l'assurée avait reçu les premiers soins le 12 mai 2015 pour son accident du 9 mars 2015, ayant consisté en une chute lors d'une course, étant précisé qu'elle ressentait depuis lors des douleurs au poignet et avait subi, le 19 avril 2016, une excision d'un kyste dorsal du poignet après l'échec du traitement conservateur. Le traitement serait terminé après six semaines.
11. Le 19 mai 2016, le gestionnaire du dossier auprès de la SUVA a soumis au médecin d'arrondissement de cette dernière la question d'un rapport de causalité pour le moins probable entre l'accident du 9 mars 2015 et les troubles ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 19 avril 2016.
12. Le docteur D_____, médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lui a répondu le 23 mai 2016 qu'il n'y avait « pas de lien pour le moins probable ».
13. Par courrier du 17 juin 2016, la SUVA a informé l'assurée qu'elle n'allait pas allouer de prestations pour les troubles de son poignet gauche ayant nécessité l'excision du 19 avril 2016, faute de lien de causalité pour le moins vraisemblable entre cette atteinte à la santé et un accident couvert par elle. Une décision formelle serait rendue sur demande. Conseil lui était donné d'annoncer ce cas à son assurance-maladie.
14. Par recommandé du 18 juin 2016, l'assurée a prié la SUVA de réexaminer sa position. Depuis son accident du 9 mars 2015, son poignet gauche n'avait pas cessé de la faire souffrir, alors que jamais avant la blessure qu'elle s'était faite lors de cet accident audit poignet ne lui avait causé le moindre souci. Un choc subi lors d'un accident, causant des lésions, ne pouvait concerner l'assurance-maladie. L'assurée s'insurgeait que la SUVA ait attendu qu'une intervention chirurgicale soit effectuée pour manifester son refus de prise en charge.
15. Par un courriel du 30 juin 2016 à la SUVA, l'assurée a indiqué que la chute qu'elle avait faite le 9 mars 2015 répondait à la notion légale d'accident, et qu'il y avait eu un témoin de cet accident, à savoir une collègue de travail avec laquelle elle faisait du jogging ce jour-là. Jamais avant cet accident son poignet ne lui avait causé le moindre problème. La lésion de son poignet gauche était survenue directement suite au choc provoqué par cette chute. L'assurance-accidents devait couvrir ce cas.
16. Par décision du 6 juillet 2016, la SUVA a refusé d'allouer des prestations pour les troubles du poignet gauche de l'assurée ayant nécessité l'intervention du 19 avril 2016, faute de lien de causalité certain ou du moins probable entre l'évènement du 9 mars 2015 et les troubles déclarés. Opposition pouvait être formée dans les trente jours contre cette décision, qui serait aussi communiquée à l'assurance-maladie une fois que l'assurée lui en aurait communiqué les coordonnées, en plus qu'elle l'était déjà aux B_____.

17. La SUVA a notifié cette décision à Assura par recommandé du 13 juillet 2016, après que l'assurée lui eut indiqué, par courriel du même jour, que celle-ci était son assurance-maladie.
18. Par courrier du 13 juillet 2016, le Dr C_____ a indiqué à la SUVA avoir régulièrement suivi l'assurée dès le 12 mai 2015, deux mois après sa chute, et il attestait qu'elle présentait alors bien, et ce en relation directe avec sa chute, un kyste radio-scapho-lunaire dorsal. Il avait infiltré ce kyste, mais celui-ci avait récidivé après quelques semaines. Il l'avait ré-infiltré sous écho-guidage en septembre 2015, mais avait constaté, le 26 novembre 2016, qu'il était toujours présent, ce qui s'était confirmé lors des consultations subséquentes des 5 janvier et 5 avril 2016, si bien qu'il avait fini par l'opérer. Ce kyste était apparu à la suite de l'accident couvert par la SUVA et n'avait jamais complètement régressé depuis lors ; aussi semblait-il assez difficile de prétendre qu'il n'était pas du ressort de la SUVA. Ledit médecin invitait la SUVA à revoir sa décision et à prendre en charge l'intégralité des frais découlant de cette intervention.
19. Le même 13 juillet 2016, la SUVA a demandé au Centre de chirurgie et de thérapie de la main de lui faire parvenir les radiographies concernant le cas de l'assurée.
20. Par recommandé également du 13 juillet 2016, l'assurée, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : CAP), a fait part à la SUVA de son intention de contester sa décision, suite à quoi, les 18 et 19 juillet 2016, la SUVA a respectivement indiqué à l'assurée prendre note de son opposition et lui a demandé de lui faire parvenir le dossier radiologique complet (clichés, DC et rapports) et a demandé au Dr D_____ de se déterminer sur le courrier précité du Dr C_____.
21. À teneur d'une appréciation médicale du 25 juillet 2016 du Dr D_____, sur le plan physiopathologique, les kystes d'origine para-articulaire se développaient soit à partir des gaines tendineuses, soit, pour la majorité des kystes, au départ de l'articulation. Le processus responsable de leur formation n'avait pas encore été complètement éclairci ; en l'état des connaissances médicales, il s'agissait d'une pathologie cellulaire correspondant à une dégénérescence. Il n'était dès lors pas établi de lien pour le moins probable de causalité entre le traumatisme déclaré en accident bagatelle en mars 2015 et l'apparition d'un kyste du poignet à distance.
22. Le 10 août 2016, la SUVA a reçu du Centre de chirurgie et de thérapie de la main les radiographies concernant l'assurée ainsi que le protocole opératoire précité.
23. Le 16 août 2016, le Dr C_____ a renvoyé à la SUVA son courrier précité du 13 juillet 2016 et a confirmé que l'état de l'assurée était en relation très probable, voire certaine, avec son accident du 9 mars 2015, en ajoutant qu'il n'était pas possible d'affirmer avec une certitude complète que le kyste n'avait pu être présent avant cet événement mais qu'il était en revanche certain qu'un kyste qui aurait été présent auparavant n'était alors pas symptomatique. Ledit médecin n'avait pas connaissance d'un autre facteur ayant pu jouer un rôle. Le statu quo ante-sine avait

été rétabli au 30 juin 2016. Lors de la dernière consultation, le 16 juin 2016, le pronostic était favorable et, compte tenu de la bonne évolution post-opératoire, il ne devrait pas y avoir de séquelle pouvant entraîner une limitation fonctionnelle.

24. Par recommandé du 5 septembre 2016, l'assurée, représentée par la CAP, a formé formellement opposition à la décision précitée de la SUVA du 6 juillet 2016.
25. Par décision sur opposition du 26 septembre 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à sa décision précitée du 6 juillet 2016, en faisant référence aux développements contenus dans l'appréciation médicale précitée du 25 juillet 2016 du Dr D_____. Un raisonnement fondé sur le fait que la symptomatologie était apparue après l'accident considéré ne permettait pas d'imputer les troubles considérés audit accident. Il n'incombait pas à la SUVA de rechercher les causes d'une atteinte à la santé, ni de prouver la présence d'une atteinte malade. Des mesures d'instruction complémentaires n'étaient pas nécessaires. Recours pouvait être formé dans les trente jours contre cette décision sur opposition, également communiquée à l'Assura.
26. Par acte du 25 octobre 2016, l'assurée, représentée par la CAP, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant préalablement à la comparution personnelle des parties, à l'audition du Dr C_____ et à la mise sur pied d'une expertise médicale judiciaire, et, au fond, à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance d'un lien de causalité entre les troubles du poignet gauche de l'assurée avec l'accident du 9 mars 2015, et à la condamnation de la SUVA à verser toutes les prestations prévues par la législation sur l'assurance-accidents pour ces troubles, sous suite de frais et dépens. La SUVA se fondait exclusivement sur l'avis de son médecin d'arrondissement, alors qu'elle aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale, compte tenu de l'avis contraire au sien du Dr C_____, ayant force probante. Il y avait causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 9 mars 2015 et les troubles du poignet gauche ayant nécessité l'opération du 19 avril 2016. La SUVA avait accepté, en décembre 2015, de prendre en charge les frais liés au traitement de son poignet gauche, en particulier les infiltrations, alors que le kyste considéré était présent.
27. Dans son mémoire de réponse du 16 février 2017, la SUVA, désormais représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours. Le litige ne portait que sur la question de savoir si le kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche de l'assurée représentait une conséquence de l'accident du 9 mars 2015. Compte tenu des connaissances médicales actuelles sur le sujet, il ne pouvait être établi de lien de causalité naturelle pour le moins probable entre ledit traumatisme et le kyste considéré ; le Dr C_____ lui-même admettait qu'il n'était pas possible d'affirmer avec certitude si ce kyste était ou non présent déjà avant cet accident. En l'absence de preuve, la décision devait être défavorable à la partie entendant déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'était pas établie à satisfaction de droit. L'adage « post hoc ergo propter hoc » ne permettait pas de fonder un rapport de

causalité. Il pouvait être statué sur un litige relevant du droit des assurances sociales sans devoir recourir à une expertise externe. Le recours devait être rejeté.

28. Invitée à présenter d'éventuelles observations et joindre toutes pièces utiles, l'assurée a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Il était surprenant que la SUVA ait accepté de prendre en charge les traitements médicaux subséquents à l'événement du 9 mars 2015 mais ait refusé les frais liés à l'intervention du 19 avril 2016 alors qu'il s'agissait toujours de la même problématique.

EN DROIT

1. a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents confirmant le refus des prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Déposé le vendredi 25 octobre 2016 contre une décision sur opposition rendue le 26 septembre 2016, reçue le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours sera donc déclaré recevable.

2. Il n'est pas contesté que la recourante a eu un accident le 9 mars 2015 lorsque, faisant du jogging, elle a trébuché et est tombée en avant et s'est appuyée sur sa main gauche pour amortir sa chute. Ainsi que l'intimé l'a indiqué dans sa réponse au recours, le litige porte uniquement sur la question de savoir si le kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche de la recourante représente une conséquence de cet accident.

Il est vrai que l'intimé paraît avoir accepté la prise en charge, en sa qualité d'assureur-accidents, des frais liés au traitement conservateur dudit kyste, en particulier aux infiltrations que le Dr C_____ a pratiquées pour éliminer ce kyste,

sans succès. L'acceptation de prendre en charge les suites dudit accident, telle que l'intimé l'a communiquée au Centre médical du médecin traitant de la recourante par courrier du 10 décembre 2015, ne pouvait cependant être considérée comme incluant tout traitement ultérieur et en particulier une excision dudit kyste par la voie d'une intervention chirurgicale, indépendamment du point de savoir si ce kyste se trouvait vraiment dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec ledit accident. L'intimé a d'ailleurs fait savoir que la question restait ouverte, sitôt qu'il a appris qu'une telle intervention était prévue, avant même que celle-ci ne soit effectuée. La décision attaquée ne représente pas une décision de révision ou de reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA.

En tout état, la question ne se pose pas, en l'espèce, à teneur de la décision attaquée définissant l'objet possible du recours, de savoir si, en cas de rejet du recours, l'intimé entendrait et serait en droit de réclamer la restitution, à la recourante ou à son assurance-maladie, desdits frais liés au traitement conservateur du kyste considéré.

3. a. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

- b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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, voulant qu'en matière d'assurances sociales les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130

III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Demeure toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 3 aOLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. En vertu de l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. 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 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

e. En l'espèce, le kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche de la recourante n'est pas une lésion assimilée à un accident, que ce soit par l'art. 6 al. 2 LAA depuis le 1^{er} janvier 2017 (disposition qui serait inapplicable dans le cas d'espèce, remontant à une période antérieure à cette date ; RO 2016 4375 ; FF 2008 4877, 2014 7691), ou par l'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents,

du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), ayant été abrogé dès la date précitée (RO 2016 4393).

Par ailleurs, il ne s'agit pas d'une rechute, dans la mesure où les infiltrations effectuées n'apparaissent avoir produit une guérison même temporaire dudit kyste. Au demeurant, la question n'en serait pas moins la même, en cas de rechute, de savoir si ce kyste, ayant nécessité (ce qui n'est pas contesté non plus) l'excision pratiquée, devait ou non être rattaché à l'accident du 9 mars 2015.

4. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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, 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

c/aa. 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).

c/bb. 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 ; 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/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c/dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

5. a. En l'espèce, il n'est pas déterminant que le médecin d'arrondissement de l'intimé s'est prononcé sur la base d'un dossier ayant été complété après la prise de sa décision initiale.

Il doit par ailleurs être relevé que ledit médecin est un spécialiste de la discipline médicale pertinente pour le cas d'espèce, à savoir la chirurgie orthopédique, qualité que son lien avec l'intimé ne discrédite nullement.

b. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

Or, l'argument principal soulevé par la recourante à l'appui de sa prétention à la prise en charge par l'intimé du traitement, par excision, de son kyste considéré est

précisément qu'avant son accident elle n'avait jamais constaté la présence de ce kyste.

Ni elle ni son médecin traitant, le Dr C_____, n'expliquent, au-delà de la simple affirmation fondée sur la chronologie des événements, que cet accident a provoqué ce kyste. Ledit médecin a d'ailleurs fini par concéder qu'il n'était pas exclu que ledit kyste ait pu déjà être présent mais asymptomatique lors de l'accident.

c. Le Dr D_____ a expliqué, sans être contredit de façon un tant soit peu convaincante (même par le Dr C_____), qu'en l'état actuel des connaissances médicales, un tel kyste représentait une pathologie cellulaire, correspondant à une dégénérescence.

La chambre de céans ne voit pas de motif d'écarter cette explication, que ledit médecin a toute compétence de formuler.

Il ne se justifie, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), d'exiger de l'intimé ou d'effectuer un complément d'instruction, en particulier d'ordonner une expertise médicale.

d. La chambre de céans retient, sur la base des indications fournies par le Dr D_____, non contredites de façon pertinente, que s'il n'est pas impossible qu'un accident produise un tel kyste, il n'est pas établi que tel est probablement le cas, ni de façon générale ni dans le cas particulier.

L'intimé était ainsi en droit de rendre la décision attaquée.

6. Mal fondé, le recours doit être rejeté.
7. La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

Vu l'issue du recours, la recourante n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g 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. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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