



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4342/2017

ATAS/564/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 18 décembre 2014, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, de nationalité brésilienne – alors domiciliée dans le canton de Genève au bénéfice d'une autorisation de séjour et percevant des allocations de chômage et, de ce fait, assurée auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA ou l'intimée) – s'est heurté les genoux contre une barre de fer dans un bus des Transports publics genevois ayant brusquement freiné. Elle a consulté une permanence médicale le 24 décembre 2016 pour des douleurs antérieures du genou gauche ; une IRM dudit genou effectuée le 26 décembre 2016 a mis en évidence une atteinte du ligament latéral interne, soit une entorse de grade II, une extrusion méniscale interne et un pincement articulaire fémoro-tibial interne. Un traitement conservateur a été instauré, sans qu'une intervention chirurgicale ne soit finalement effectuée, l'assurée ayant au demeurant quitté la Suisse définitivement le 29 mai 2015 consécutivement à une décision de refus de renouvellement de son autorisation de séjour et de renvoi de Suisse, et ayant apparemment poursuivi un traitement au Brésil. Le 20 mai 2016, lors d'un passage en Suisse, l'assurée a eu une consultation médicale aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), lors de laquelle une nouvelle IRM du genou gauche a été pratiquée, qui a mis en évidence un résultat superposable à l'IRM précédente s'agissant de l'atteinte méniscale interne, mais la guérison de l'atteinte du ligament latéral interne.
2. La SUVA a pris en charge les conséquences de cet accident.
3. Le 18 avril 2016, alors que la SUVA avait demandé à l'assurée de la renseigner sur le processus de sa guérison, Me Manuel MOURO s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée, en sollicitant une copie du dossier et en produisant une procuration du 15 avril 2016 par laquelle l'assurée lui donnait les pouvoirs les plus étendus pour faire tout ce qu'il jugerait nécessaire ou utile à l'accomplissement du mandat et, notamment, la représenter devant toute autorité et juridiction et assurance et intenter tout procès et faire tout ce qui serait nécessaire à la conduite d'une procédure jusqu'à décision définitive.
4. À teneur d'un rapport des HUG du 24 juin 2016 relatif à une consultation du 22 juin 2016, l'assurée avait été traitée conservativement pour sa déchirure du ménisque interne, soit une extrusion complète du ménisque interne avec un pincement fémoro-tibial interne complet et un début d'arthrose fémoro-tibiale interne. Elle désirait obtenir une attestation qu'elle ne pouvait plus travailler. La médecin adjointe B_____ attestait que l'assurée ne pouvait plus effectuer un travail physique ou impliquant la position debout prolongée en raison de sa gonarthrose fémoro-tibiale du genou gauche, qui était modérée, mais que concernant son genou elle pouvait tout à fait effectuer un travail assis.
5. Le 18 juillet 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé qu'il était

pour le moins probable que l'incapacité de travail de l'assurée fût en relation de causalité avec l'accident du 18 décembre 2014 et que des troubles dégénératifs antérieurs avaient été déstabilisés de façon temporaire par cet événement, mais qu'au vu d'un rapport de consultation des HUG du 23 mai 2016 on pouvait s'attendre, « dès ce jour », à une reprise de l'activité professionnelle dans l'ancienne profession et fixer à « ce jour » le *statu quo sine* pour les troubles du genou gauche.

6. Par décision du 22 juillet 2016 notifiée à l'assurée en son domicile élu en l'Étude de son avocat précité, la SUVA a retenu que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais exclusivement de nature malade. La SUVA devait clore le cas au 31 juillet 2016 pour les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'alors (indemnité journalière et frais de traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevait plus de la compétence de l'assurance-accidents mais de celle de l'assurance-maladie (dont elle demandait à l'assurée de lui communiquer l'identité pour qu'elle puisse lui notifier sa décision).
7. Le 14 septembre 2016, Me MOURO a formé opposition à l'encontre de cette décision pour le compte de l'assurée, pour préserver les droits de cette dernière, qui contestait que les séquelles de son accident relevassent de la maladie par le simple écoulement du temps, les lésions qu'elle avait subies au genou étaient demeurées ce qu'elles étaient au moment de l'accident et les douleurs et limitations qu'elle endurait étaient clairement en lien de causalité avec l'accident subi. Elle concluait à l'octroi d'un délai complémentaire pour compléter son opposition et, principalement, à l'annulation de la décision contestée, ainsi qu'au bénéfice de l'assistance juridique.
8. Le 19 septembre 2016, la SUVA a accordé à l'assurée un délai au 18 octobre 2016 pour compléter son opposition.
9. Le 18 octobre 2016, Me MOURO a demandé que la procédure d'opposition soit suspendue jusqu'à droit jugé sur la demande d'assistance juridique et fait valoir que la date à laquelle la SUVA avait choisi de suspendre le droit aux indemnités journalières ne ressortait pas clairement des documents mis à sa disposition.
10. Le 1^{er} novembre 2016, la SUVA a informé l'assurée qu'elle transmettait son opposition et sa demande d'assistance juridique à son service des oppositions.
11. Le 3 novembre 2017, Me MOURO a communiqué à la SUVA les coordonnées bancaires de l'assurée au Brésil.
12. Les 27 février et 6 avril 2017, la SUVA a redemandé à Me MOURO de lui communiquer l'identité de l'assureur-maladie et perte de gain de l'assurée, puis, faute de réponse, le 8 juin 2017 directement à l'assurée.

13. Le 18 août 2017, ayant finalement obtenu l'information qu'il s'agissait de la CSS assurance-maladie SA, la SUVA a notifié à cette dernière sa décision précitée du 22 juillet 2016. La CSS assurance-maladie SA a demandé à la SUVA la communication du dossier, mais ne formera pas d'opposition à l'encontre de ladite décision.
14. Le 27 septembre 2017, la SUVA a notifié à l'assurée, à l'adresse de Me MOURO, et à la CSS assurance-maladie SA une décision sur opposition par laquelle elle rejetait l'opposition de l'assurée. Il n'y avait pas de motif de suspendre la procédure d'opposition en présence d'une opposition suffisamment motivée. Selon l'appréciation médicale du Dr C_____ du 18 juillet 2016, fondée sur un dossier suffisamment instruit et ayant valeur probante, des troubles dégénératifs au genou antérieurs à l'accident avaient été déstabilisés par l'accident, de manière cependant passagère/temporaire seulement, et « à ce jour » il convenait d'admettre que l'état de santé tel qu'il serait présenté tôt ou tard même sans l'accident compte tenu de l'évolution inéluctable de l'affection malade antérieure avait été atteint (*statu quo sine*). L'assurée n'avait pas fait valoir d'éléments médicaux déterminants permettant de mettre cette appréciation en doute. L'arrêt des prestations d'assurance au 31 juillet 2016 devait être confirmé. Il serait statué par une décision séparée sur la demande d'assistance juridique, une fois que Me MOURO aurait retourné à la SUVA le formulaire *ad hoc* dûment complété. Un éventuel recours contre cette décision sur opposition n'aurait pas d'effet suspensif.
15. Par acte du 30 octobre 2017, Me MOURO a recouru par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) contre cette décision sur opposition, pour préserver les droits de l'assurée, dont il était sans nouvelles récentes. Jusqu'à son accident, l'assurée n'avait pas connu de problèmes au genou ; elle contestait que les troubles du genou dont elle souffrait encore relevassent de l'assurance-maladie et elle sollicitait la poursuite des prestations de la SUVA. Elle demandait un délai pour compléter son recours, en indiquant qu'elle s'efforceraient de verser à la procédure les derniers examens médicaux pratiqués au Brésil. Elle concluait à l'annulation de la décision attaquée.
16. Suite aux demandes réitérées de Me MOURO, motivées par la difficulté de joindre l'assurée au Brésil et le fait qu'il n'avait plus de nouvelles de sa part depuis plusieurs mois (après avoir pu échanger avec elle, durant une première période, par courriers électroniques), la CJCAS a accordé audit avocat un délai successivement au 1^{er} décembre 2017, 30 janvier 2018, 30 mars 2018 et 2 mai 2018 pour compléter le recours, puis – contestant qu'une suspension de la procédure fût possible sans l'accord des deux parties – elle lui a imparti un délai au 4 juin 2018 pour compléter le recours et produire une procuration l'habilitant à déposer le recours considéré.
17. Le 4 juin 2018, Me MOURO s'est adressé à la SUVA pour lui demander d'accepter une suspension de la procédure de recours devant la CJCAS, demande à propos de laquelle la SUVA a indiqué, le 2 juillet 2018, s'en remettre à justice quant à l'opportunité d'une suspension de la procédure, puis, le 5 octobre 2018, il a requis

la suspension de la procédure, requête suite à laquelle – en réponse à la demande de la CJCAS de se positionner formellement à son sujet – la SUVA, le 8 novembre 2018, a indiqué désapprouver le principe d'une suspension de la procédure, l'écoulement du temps démontrant que Me MOURO n'arrivait pas et n'arriverait plus à entrer en communication avec l'assurée.

18. Par mémoire du 6 décembre 2018, la SUVA a conclu au rejet du recours, en se fondant, en complément à l'appréciation médicale précitée du Dr C_____, sur une appréciation chirurgicale établie le 22 novembre 2018 par la docteure D_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie.

Au terme d'un rapport de 13 pages, comportant une introduction (1 page), l'anamnèse et le résumé des actes selon la documentation à disposition (3 pages), dont les IRM des 26 décembre 2014 et 20 mai 2016 du genou gauche, ainsi que d'une appréciation du cas étayée par des illustrations (7 pages), la Dre D_____ a conclu que seule l'atteinte du ligament latérale interne du genou gauche (entorse de grade II) était séquellaire de l'accident du 18 décembre 2014, mais qu'une telle atteinte guérissait après trois mois voire au plus six mois et qu'elle n'était plus visualisée lors de l'IRM du genou gauche réalisée le 20 mai 2016. L'extrusion méniscale interne, le pincement articulaire fémoro-tibial interne et l'atteinte chondrale tibiale interne (gonarthrose) à gauche, décrits lors de l'IRM du genou gauche pratiquée le 26 décembre 2014, à huit jours de l'accident, n'étaient pas des états séquellaires de ce dernier ; ils se développaient sur plusieurs années, étaient d'origine malade et étaient préexistants audit accident, qui avait tout au plus décompensé de manière passagère un état préexistant mais – comme l'avait retenu le Dr C_____ – avait largement cessé de déployer ses effets délétères au 18 juillet 2016. S'il subsistait des limitations, elles ne pouvaient être à la charge de l'assurance-accidents, étant motivées par la gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche.

19. Invité à présenter une réplique, Me MOURO a demandé à la CJCAS, le 28 janvier 2019, de lui accorder une ultime prolongation de trente jours pour ce faire, après quoi il n'aurait pas d'autre choix que de renoncer à l'espoir de retrouver l'assurée, sur quoi la CJCAS lui a accordé le délai sollicité.
20. Le 28 février 2019, Me MOURO a écrit à la CJCAS qu'il n'avait pas été en mesure de contacter l'assurée, si bien qu'il laissait à la CJCAS le soin de juger la cause en l'état du dossier, qu'il n'était pas en mesure de compléter par des éléments médicaux.
21. La CJCAS a transmis copie de cette écriture à la SUVA le 4 mars 2019.

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 CJCAS 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 relative à des prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 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).

Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. La recourante est valablement représentée par Me MOURO, à teneur de la procuration qu'elle a établie le 15 avril 2016 en vue de sa constitution pour la défense de ses intérêts en lien avec son accident du 18 décembre 2014.

d. Le recours est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2016, en raison de l'accident survenu le 18 décembre 2014, singulièrement le droit aux indemnités journalières et le cas échéant à d'autres prestations, telle la prise en charge de frais médicaux.

Il sied de préciser que plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017, mais que l'accident considéré en l'espèce étant survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales sont donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

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 ; 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).

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

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

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 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).

d. L'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue 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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

e. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

4. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple : la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c 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).

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 des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000).

c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

c/cc. 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 même faibles 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

5. a. En l'espèce, si la position de l'intimée reposait initialement sur une appréciation médicale sommairement motivée (soit celle du Dr C_____ du 18 juillet 2016), il appert que la décision attaquée se trouve étayée par une seconde appréciation chirurgicale (soit celle de la Dre D_____ du 22 novembre 2018), qui répond sans conteste aux réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Force est au surplus de relever que la recourante n'a produit aucun élément médical, fût-ce d'un médecin traitant, qui mettrait en doute les conclusions au demeurant convergentes des Drs C_____ et D_____.

La recourante fonde sa contestation essentiellement sinon exclusivement sur le fait, insuffisant à établir un rapport de causalité naturelle, qu'elle n'avait (ou – s'imposait-il de nuancer – n'aurait) pas connu de problème au genou avant l'accident considéré.

b. Les développements dûment illustrés de l'appréciation précitée de la Dre D_____ convainquent que seule l'atteinte du ligament latérale interne du genou gauche (entorse de grade II) était séquellaire de l'accident du 18 décembre 2014, mais aussi qu'une telle atteinte guérissait après trois mois voire au plus six mois ; elle n'était au surplus plus visualisée lors de l'IRM du genou gauche pratiquée le 20 mai 2016. Il doit aussi être retenu que l'extrusion méniscale interne, le pincement articulaire fémoro-tibial interne et l'atteinte chondrale tibiale interne (gonarthrose) à gauche, décrits lors de l'IRM du genou gauche effectuée le 26 décembre 2014, soit à huit jours de l'accident, n'étaient pas des états séquellaires de ce dernier ; ils doivent s'être développés sur plusieurs années, en étant d'origine malade et préexistants audit accident. Tout au plus ce dernier a-t-il décompensé de manière passagère un état préexistant, mais il avait cessé de déployer ses effets délétères au 18 juillet 2016. S'il subsistait des limitations, elles ne pouvaient être à la charge de l'assurance-accidents, étant motivées par la gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche.

c. C'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 31 juillet 2016.

6. a. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

b. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allouer 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

Marie NIERMARÉCHAL

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