

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/965/2006

ATAS/374/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 1^{er} avril 2008

En la cause

Madame C _____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951, a travaillé en tant qu'employée de commerce et d'administration auprès de X_____ SA dès le 19 mai 1969. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA).
2. Le 21 mai 2001, l'employeur a annoncé à la SUVA que son employée était tombée à la maison dans les quatre dernières marches d'un escalier en colimaçon, le 19 mai 2001, et qu'elle s'était blessée au pied droit.
3. Le 19 mai 2001, l'assurée a subi une réduction et une ostéosynthèse d'une fracture luxation des malléoles interne, externe et postérieure de la cheville droite.
4. Dans un rapport du 30 août 2001, le Dr L_____, chirurgien-orthopédiste, a mentionné des douleurs persistantes avec prédominance interne. Il a pensé à une irritation du jambier postérieur.
5. Le 28 septembre 2001, l'assurée a été examinée par le Dr M_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du même jour, ce médecin a décrit une reprise difficile de la marche à l'extérieur nécessitant encore l'emploi de cannes, accompagnée de douleurs dès que le terrain devenait instable. Il a fait état d'une mensuration des quadriceps de 43 cm des deux côtés. Il a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation.
6. Dans un rapport du 13 novembre 2001, le Dr N_____, chirurgien-orthopédiste, a mentionné une évolution plutôt défavorable avec toujours les mêmes plaintes, douleurs et impotence fonctionnelle. Il a attesté une incapacité de travail entière dès le 19 mai 2001.
7. Dans un courrier du 4 janvier 2002 adressé à la SUVA, l'assurée a indiqué qu'après avoir essayé pendant quelques jours de rester debout, marcher plus longtemps et après avoir attendu debout pendant 40 minutes à la poste, elle avait ressenti de violentes douleurs jusqu'au genou. Elle a précisé que son pied se bloquait lorsqu'elle marchait, restait debout ou assise trop longtemps.
8. Le 15 mars 2002, l'assurée a subi l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.
9. Dans un rapport de 24 mai 2002, le Dr N_____ a indiqué que la patiente se plaignait toujours de douleurs et d'une certaine impotence fonctionnelle de sa cheville. Il l'a remise au travail dès le 1^{er} mai 2002 à raison de 50 %.

10. Dans un questionnaire du 15 juillet 2002, l'assurée a fait état d'une reprise du travail à 100 %, le 8 juillet 2002.
11. Dans un rapport du 29 mars 2004, le Dr O_____, chirurgien-orthopédiste, a indiqué qu'il avait examiné l'assurée, le 18 mars 2004, en raison de douleurs au genou droit qu'elle attribuait à l'accident de mai 2001. Il a précisé qu'elle se plaignait de douleurs et de blocages fréquents.
12. Dans une note du 21 avril 2004, le Dr P_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que les douleurs du genou droit n'étaient pas en rapport de causalité avec l'événement accidentel du 19 mai 2001.
13. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit pratiquée le 29 avril 2004 a révélé une fissure horizontale de la jonction entre la corne moyenne et la corne postérieure du ménisque interne. Elle a conclu également à une intégrité de signal et de morphologie du ligament croisé antérieur.
14. Le 2 juillet 2004, l'assurée a été examinée par le Dr M_____ auquel elle a indiqué avoir toujours souffert de sa cheville et de douleurs remontant au genou. A l'examen, il a constaté une fonction complète des genoux ainsi qu'une mensuration des quadriceps de 42 cm des deux côtés et n'a pas mis en évidence de signes méniscaux. Dans son rapport du 5 juillet 2004, il a considéré que la cheville droite était stabilisée, que radiologiquement son état était tout à fait satisfaisant et qu'il n'y avait pas de séquelle indemnisable. Au sujet du genou droit, il a confirmé l'existence d'une fissure au niveau méniscal interne et a conclu à l'absence de relation de causalité pour le moins probable entre l'accident du 19 mai 2001 et la lésion méniscale.
15. Le 18 août 2004, l'assurée a été auditionnée par un inspecteur de la SUVA auquel elle a déclaré qu'elle n'avait jamais souffert de son genou droit avant l'accident du 19 mai 2001. Elle a expliqué que, ce jour-là, alors qu'elle redescendait les escaliers intérieurs, elle avait manqué l'avant-dernière marche de sorte que sa cheville était partie vers l'extérieur et son genou droit vers l'intérieur. Elle a indiqué qu'elle était tombée sur les fesses avec la jambe droite pliée, cheville tournée vers l'extérieur et genou vers l'intérieur. Elle a exposé qu'elle avait eu tellement mal au pied droit que les douleurs au genou étaient secondaires. Elle a mentionné que le médecin lui avait dit que ses douleurs au genou passeraient une fois les broches enlevées. Elle a précisé qu'elle avait parlé régulièrement de ses douleurs tant au Dr N_____ et à son physiothérapeute que dans sa lettre à la SUVA du 4 janvier 2002. Elle a décrit une chute sur les deux genoux en avril 2002, alors qu'elle se trouvait dans le tram, à la suite du lâchage de sa cheville droite, puis une chute sur le genou droit, le 8 février 2003 à la suite du lâchage de son pied droit. Elle a ajouté qu'elle n'avait jamais repris le travail en juillet 2002 en raison d'intenses douleurs à la cheville jusqu'au début 2003 et de la persistance à ce jour de ses douleurs au genou droit.

16. Par courrier du 27 septembre 2004, la SUVA a refusé d'allouer des prestations pour les frais de traitement du genou droit. Sur la base des renseignements complémentaires obtenus, elle a considéré que l'assurée avait quitté X_____ en 2002 de sorte qu'elle n'était plus couverte par la SUVA lors de la chute du 8 février 2003.
17. Le 20 avril 2005, l'assurée a transmis à la SUVA un rapport du 17 mars 2005 du Dr Q_____, chirurgien-orthopédiste, indiquant que la patiente avait toujours signalé des douleurs à son genou droit dont on ne s'était peut-être pas assez occupé à l'époque et qu'une IRM avait mis en évidence une fente longitudinale sur la corne moyenne et postérieure. Dans ledit rapport, le médecin a précisé que ce ménisque ne l'inquiétait pas du tout car il était relativement peu douloureux et assez stable mais qu'en revanche, il avait mis en évidence une laxité du ligament croisé antérieur. Il a expliqué que cette laxité était sans aucun doute due à l'accident du 19 mai 2001 dès lors qu'il n'était pas possible qu'elle puisse survenir sans origine traumatique et que la patiente n'avait subi qu'un traumatisme, à savoir celui du 19 mai 2001, de sorte que ses douleurs pouvaient parfaitement être expliquées par cette élongation du croisé antérieur.
18. Le 23 juin 2005, l'assurée a été à nouveau examinée par le Dr M_____ qui a constaté une marche sans boiterie et la capacité à sauter sur une jambe, s'accroupir et s'agenouiller ainsi qu'une bonne stabilité latérale. Dans son rapport du 24 juin 2005, il a considéré que l'état de la cheville droite était sans modification depuis l'examen précédent et que celui du genou droit était également superposable à l'examen précédent avec toutefois une diminution bilatérale de la musculature au niveau des quadriceps dont la mensuration était de 38 cm des deux côtés. Il n'a pas mis en évidence de signes méniscaux mais un très discret tiroir antérieur. Il a conclu que la relation de probabilité entre l'accident du 19 mai 2001 et l'état du genou n'était ni certaine, ni probable.
19. Par décision du 6 juillet 2005, la SUVA a refusé toute prestation au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 19 mai 2001 et les lésions du genou droit annoncées.
20. Par décision sur opposition du 14 décembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition formée le 29 novembre 2005. Elle a relevé que les troubles du genou droit n'étaient pas documentés médicalement avant 2004. Elle a considéré que le Dr Q_____ se basait sur une anamnèse incomplète dès lors qu'il n'avait pas connaissance de la chute dont l'assurée avait été victime le 8 février 2003 alors qu'elle n'avait plus la qualité d'assurée et que la justification de son avis reposait sur le principe « post hoc, propter hoc » qui ne constituait pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante.

21. Par acte du 16 mars 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, principalement, à l'admission d'une relation de causalité entre l'accident du 19 mai 2001 et ses troubles du genou ainsi qu'au versement par la SUVA des prestations légales d'assurance qui en découlaient, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale sur la question dudit lien de causalité. Elle a contesté que le Dr Q_____ ait rendu son avis en méconnaissance d'un autre traumatisme et qu'au contraire, il reposait sur une anamnèse parfaitement correcte. S'agissant de l'épisode de février 2003, elle a exposé que, selon le rapport du Dr Q_____ du 9 mars 2006 qu'elle produisait, l'on ne pouvait pas parler de traumatisme réel mais de douleurs séquellaires ayant provoqué parfois des blocages ainsi que des lâchages du genou et qu'il s'agissait de petits événements dus au premier accident. Elle a allégué que la mention de troubles du genou, en particulier de douleurs, ressortait des différentes pièces médicales du dossier.
22. Dans sa réponse du 11 mai 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours dans toutes ses conclusions. Elle a relevé qu'entre la date de l'accident et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse intervenue le 25 janvier 2002 (recte : 15 mars 2002), la recourante ne s'était jamais plainte du genou droit auprès d'un quelconque médecin et que sa lettre du 4 janvier 2002 ne signifiait pas qu'elle souffrait à proprement parler du genou. Elle a indiqué que le Dr O_____, lors de sa consultation du 18 mars 2004, a évoqué pour la première fois des douleurs au genou droit rattachées à une fissure du ménisque interne et éventuellement à une laxité du ligament croisé antérieur. Elle a considéré que le rapport du Dr Q_____ du 9 mars 2006 était dénué de valeur probante dès lors qu'il ne retenait pas l'existence de chutes ultérieures et qu'il n'expliquait pas comment une laxité ligamentaire ou une fissure méniscale auraient pu passer inaperçues pendant près de trois ans. Elle a précisé qu'elle avait transmis le cas à son service médical et que, dans une appréciation du 26 avril 2005 (recte : 2006) qu'elle produisait dans la procédure, le Dr R_____ avait écarté l'hypothèse d'une déchirure du ligament croisé.
23. Dans son appréciation médicale du 26 avril 2006, le Dr R_____, chirurgien-orthopédiste et médecin de la Division médicale de la SUVA, a indiqué que, selon le radiologue qui avait pratiqué l'IRM du genou droit, le 29 avril 2004, le ligament croisé antérieur était de morphologie intacte et qu'il n'y avait pas d'anomalie présente au niveau des autres ligaments ou du système extenseur du genou. Il a rappelé que, selon le Dr Q_____, la recourante avait subi lors de son accident une fracture luxation de la cheville et une déchirure du ligament croisé antérieur. Il a exposé que l'atteinte classique de ce ligament résultait de la combinaison d'une flexion, d'une rotation externe et d'un valgus forcé du genou ou d'un traumatisme en hyper-extension associés à une rotation interne ou externe forcée, enfin que la seule hyperflexion forcée du genou ne pouvait être en mesure de provoquer une rupture isolée du ligament croisé antérieur. Il a expliqué que des mécanismes accidentels relativement triviaux pouvaient provoquer une rupture du ligament

croisé antérieur si celui-ci présentait une altération de sa structure préalablement affaiblie comme par exemple dans le cas d'une arthrose. Il a ajouté qu'il avait réexaminé l'IRM du 29 avril 2004 et qu'il avait pu s'assurer de l'intégrité de la structure du ligament croisé antérieur. Au vu de l'anamnèse faisant état de douleurs présentes à la marche ou à la montée ou descente des escaliers mais ne mentionnant pas de dérochement du genou, il a considéré que ces symptômes étaient caractéristiques d'une atteinte à l'articulation fémoro-patellaire et a précisé que, sur les coupes de l'IRM, il avait décelé des signes de chondromalacie accentuée au niveau de cette articulation. Il a estimé que le mécanisme accidentel invoqué n'était pas susceptible de provoquer une lésion fémoro-rotulienne. Il a conclu que les lésions découvertes à l'IRM, sous forme de chondromalacie ainsi que d'atteinte méniscale, étaient clairement d'origine dégénérative et que l'hypothèse du Dr Q_____, selon lequel l'assurée avait été victime d'une déchirure du ligament croisé antérieur, ne pouvait être vérifiée ni sur la base des plaintes de la patiente, ni sur celle des examens cliniques pratiqués par les spécialistes, ni enfin sur l'examen de résonance magnétique.

24. Le 18 mai 2006, le Tribunal a demandé au Dr N_____ si le dossier médical de la recourante mentionnait des plaintes relatives au genou droit.
25. Le 30 mai 2006, le Dr N_____ a répondu qu'il n'avait pas trouvé dans son dossier de notes particulières ou de résultats d'examen faisant état d'un problème au niveau du genou droit.
26. Dans son écriture du 17 juillet 2006, l'intimée a relevé que les informations données par le Dr N_____ la confortaient dans sa position de sorte qu'elle maintenait ses conclusions.
27. Dans son écriture du 18 juillet 2006, la recourante a considéré que le rapport du Dr N_____ confirmait que ses plaintes au sujet du genou droit avaient été insuffisamment prises en compte par ses médecins dans un premier temps et qu'il ne signifiait pas que ses plaintes étaient inexistantes. Elle a allégué que le rapport du Dr R_____ était particulièrement lacunaire dès lors qu'il s'efforçait de démontrer l'absence de lien de causalité vraisemblable entre la lésion du ménisque et l'accident alors qu'elle invoquait en réalité l'existence d'un rapport de causalité entre ledit accident et l'atteinte du ligament croisé antérieur. Elle a persisté intégralement dans les termes de son recours et a demandé l'audition du Dr Q_____.
28. Par ordonnance du 20 juillet 2006, le Tribunal a ordonné l'ouverture des enquêtes avec l'audition du Dr Q_____.
29. Lors de l'audience du 19 septembre 2006, le Dr Q_____ a déclaré : « J'ai vu Madame C_____ une fois, le 17 mars 2005, à la demande de son médecin qui me l'a adressée pour avis et proposition de traitement. Vous me donnez lecture du

5^{ème} paragraphe de mon rapport du 17 mars 2005. S'agissant de l'origine traumatique de la laxité du genou, j'explique que, lors de l'accident de 2001, la recourante a certes souffert principalement d'une fracture à la cheville mais également de douleurs au genou. Les deux incidents, soit les chutes sur les genoux, de 2002 et 2003, sont selon moi, dues précisément à l'instabilité du genou. Par ailleurs, les douleurs ressenties par la recourante sont tout à fait en adéquation avec l'instabilité du genou. A la question de savoir si elle pouvait être due à des troubles dégénératifs, je réponds par la négative. Madame C_____ n'avait en effet pas d'état antérieur, aucun trouble dégénératif n'avait été constaté en 2001 et il n'est pas possible que de tels troubles surviennent en si peu de temps. Il faut compter environ cinq à dix ans pour qu'une évolution arthrosique se présente. Vous me donnez lecture du paragraphe 3 p. 5 de l'appréciation médicale du Dr R_____ du 26 avril 2006. J'ai connaissance de l'IRM effectuée le 24 avril 2004, on y distingue la laxité du ligament croisé antérieur. Cela se manifeste par un aspect d'effilochage. Je précise qu'une IRM n'est demandée, que, cas échéant, pour confirmer ou infirmer un diagnostic, que l'examen clinique a permis de poser. J'ai constaté une telle laxité lors de mon examen du 17 mars et j'en trouve, si l'on veut, confirmation dans l'IRM de 2004. Je ne pense pas que l'on puisse poser ou exclure un diagnostic à la simple lecture de l'IRM. La laxité du genou et la fissure du ménisque n'ont absolument rien à voir entre eux, il est tout à fait exclu, par conséquent, que la laxité constatée proviennent de cette fissure au ménisque. Il est tout à fait exclu de poser un diagnostic sur la simple base de documents médicaux, dans le cas par exemple d'une opération envisagée, ce serait une faute professionnelle ».

Pour sa part, l'intimée a contesté le diagnostic d'élongation ou de rupture du ligament ou qu'en tous les cas, il soit dû à l'événement de 2001.

Après suspension de l'audience pour permettre au témoin de prendre connaissance du rapport du Dr R_____, le Dr Q_____ a déclaré : « Après lecture du rapport intégral du Dr R_____, je maintiens ma position. Je relève que l'évolution du genou a été suivie sur quelques trois-quatre ans. Les examens cliniques montrent soit, pas de laxité au début, soit une petite laxité, relevée par le Dr M_____, soit une laxité plus importante diagnostiquée finalement par moi-même. Il faut savoir qu'un genou douloureux est difficile à examiner et que l'on peut dans ce cas ne pas percevoir la laxité pourtant existante. D'autre part, certains examens se sont focalisés sur la question de la rotule. Le Dr M_____ a relevé un très discret tiroir antérieur, signe de laxité, je précise à ce sujet qu'il ne peut s'agir d'un signe méniscal. Quant à la diminution de la musculature de la cuisse, il s'agit d'un phénomène naturel causé par tous troubles au genou. La laxité du genou ne peut pas provenir, compte tenu de l'âge de la recourante, des troubles dégénératifs, la laxité provient en principe d'un problème mécanique (...).

30. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui s'en est suivie, la recourante a rappelé que, pendant les deux mois qui avaient suivi la fin de

l'utilisation des cannes, elle était tombée régulièrement sur les genoux à raison d'une fois toutes les trois semaines en raison d'un lâchage. Puis, les parties ont convenu : « Madame C_____ sollicitera une consultation du Prof. S_____, spécialiste en orthopédie aux HUG, afin qu'il procède à un examen clinique, pose un diagnostic, examine les documents médicaux qui lui seront confiés, en particulier, l'IRM du 29 avril 2004 et le rapport du 17 mars 2005 du Dr Q_____, et fasse part de ses conclusions. Il lui est demandé en particulier de confirmer ou d'infirmier le diagnostic du Dr Q_____ ».

31. Le 20 novembre 2006, après lui avoir remis une copie du procès-verbal de l'audience de comparution personnelle des parties du 19 septembre 2006, le Tribunal a demandé au Prof. S_____ de fixer un rendez-vous à la recourante et de lui adresser son rapport ainsi que sa note de frais.
32. Relancé plusieurs fois, le Prof. S_____ a répondu, le 10 octobre 2007, qu'il avait examiné la patiente la première fois, le 27 avril 2007, et qu'elle présentait des douleurs au genou droit ainsi qu'une suspicion de lésion méniscale. Après avoir procédé à des nouvelles radiographies du genou droit et à une nouvelle IRM, il a pratiqué une arthroscopie, le 28 août 2007, afin de traiter la déchirure du ménisque interne droit.
33. Le 17 octobre 2007, le Tribunal a rappelé au Prof. S_____ qu'il restait dans l'attente de son rapport au sujet de ses demandes adressées le 29 novembre 2006.
34. Dans son rapport complémentaire du 19 décembre 2007, le Prof. S_____ a indiqué qu'il était d'accord avec la position du Dr Q_____, en particulier au sujet de l'origine traumatique de la déchirure du ménisque interne droit qui était confirmée par les lésions constatées lors de son intervention du 28 août 2007.
35. Dans son écriture du 5 février 2008, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a soutenu que l'appréciation du Dr Q_____ n'avait aucune valeur probante dès lors que la recourante ne l'avait consulté pour la première fois que le 17 mars 2005 et qu'il ne pouvait pas témoigner de faits antérieurs à cette date. De plus, elle a relevé que ce médecin présumait l'existence de plaintes au genou droit qui n'avaient pas pu être établies sur la base du dossier tant de l'assureur-accidents que du Dr N_____. Elle a considéré qu'une imagerie normale en 2001 n'excluait pas le développement d'une atteinte dégénérative du ligament dans des délais raccourcis. Elle a estimé que l'opinion divergente du Dr Q_____ par rapport au Dr R_____ quant à l'origine traumatique de la lésion méniscale n'était pas étayée et ne reposait pas sur une anamnèse exacte. Elle a dénié toute valeur probante à l'appréciation du Prof. S_____ au motif que ses rapports n'étaient pas motivés et qu'ils n'avaient pas été rendus en pleine connaissance du dossier dès lors que celui-ci et l'appréciation du Dr R_____ ne lui avait pas été remis.

36. Dans son écriture du 6 février 2008, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a relevé que la confirmation de l'origine traumatique de la déchirure du ménisque interne par le Prof. S_____ n'était pas basée uniquement sur l'anamnèse ainsi que sur un examen radiologique et clinique, mais également sur les constatations faites lors de l'intervention du 28 août 2007. Elle a considéré que ces constatations indiscutables infirmaient l'avis isolé du Dr R_____ qui ne reposait que sur des hypothèses abstraites.
37. Le 8 février 2008, le Tribunal a communiqué ces écritures aux parties et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment les diagnostics posés en 2004 relatifs au genou droit, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Toutefois, en dérogation à la LPGA, il est de trois mois pour les décisions sur opposition antérieures au 1^{er} janvier 2007 portant sur des prestations d'assurance (art. 106 LAA dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2006). La décision sur opposition a été reçue par la recourante le 16 décembre 2005 et le délai a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours du 16 mars 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident survenu le 19 mai 2001 et les troubles au genou droit annoncés dans le rapport médical du 29 mars 2004. Il s'agit plus particulièrement de déterminer, dès lors que le traitement médical pour la cheville droite a pris fin au début juillet 2002 et que les douleurs sont apparues en l'absence de tout facteur extérieur (extraordinaire), si ces troubles constituent une rechute ou une séquelle tardive.

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. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39, p. 16).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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 maladie 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 p. 138 et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). 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 doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

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 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, 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. Etant 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).

7. La recourante allègue que, lors de son accident du 19 mai 2001, elle a souffert de douleurs à la cheville droite ainsi qu'au genou droit et que, selon les rapports du Dr Q _____ et du Prof. S _____, sa déchirure du ménisque interne droit est d'origine traumatique. Quant à l'intimée, elle relève que les plaintes au genou droit alléguées par la recourante ne sont pas confirmées par son dossier, ni par celui du Dr N _____. Elle considère que les rapports du Dr Q _____ ainsi que du Prof. S _____ n'ont pas de valeur probante et que la lésion méniscale n'est pas d'origine post-traumatique, mais dégénérative ainsi que cela ressort de l'appréciation du Dr R _____.

Dans son rapport du 26 avril 2006, le Dr R _____ expose qu'il n'a pas trouvé dans la littérature médicale la mention d'une atteinte combinée d'une fracture luxation de la cheville associée à une rupture isolée du ligament croisé antérieur. Il explique que l'atteinte de ce ligament est provoquée par une flexion du genou accompagnée de sa rotation externe et d'un valgus forcé ou d'un traumatisme en hyperextension associé à une rotation interne ou externe forcée. Il précise que la seule hyperflexion forcée du genou peut entraîner une rupture isolée du ligament croisé antérieur et que des mécanismes accidentels relativement triviaux peuvent provoquer une rupture du ligament croisé antérieur en présence d'une altération préalable de sa structure comme par exemple dans le cas d'une arthrose. Il expose qu'une insuffisance chronique du ligament croisé antérieur est décelable à l'examen clinique par la positivité des signes de Lachmann et du tiroir accompagnée de phénomènes de subluxation du genou décelés selon les tests du ressaut ou du pivot-shift et qu'elle est associée à une atrophie du quadriceps, plus particulièrement du vaste interne. Il considère comme inexplicable que, dans son rapport du 17 mars 2005, le Dr Q _____ puisse conclure à la présence d'une nette instabilité antérieure du genou induite par une rupture du ligament croisé antérieur alors que l'IRM du 29 avril 2004 montre l'intégrité de la structure dudit ligament. Il estime que les douleurs à la marche ou à la montée ou descente des escaliers sans dérochement du genou, présentes chez la recourante, sont caractéristiques d'une atteinte à l'articulation fémoro-patellaire. A ce sujet, il souligne que, sur les coupes de l'IRM, il a décelé des signes de chondromalacie accentuée au niveau de cette articulation. Il conclut que le mécanisme accidentel invoqué n'est pas susceptible de provoquer une lésion fémoro-rotulienne et que s'il y avait eu atteinte traumatique de cette région, il y aurait également eu développement d'une amyotrophie quadricipitale. Quant au ménisque, il souligne que la distinction entre déchirure

traumatique et dégénérative n'est pas toujours aisée à faire et que, selon la littérature médicale, il y a lieu de se baser sur les critères de l'âge du patient et de la morphologie de sa lésion méniscale soit, dans le cas de la recourante, de lésions de clivage qui sont caractéristiques de l'étiologie dégénérative des déchirures horizontales du ménisque. Il conclut que les lésions découvertes à l'IRM, sous forme de chondromalacie ainsi que d'atteinte méniscale, sont clairement d'origine dégénérative et que l'hypothèse du Dr Q_____ selon laquelle l'assurée a été victime d'une déchirure du ligament croisé antérieur ne peut être vérifiée ni sur la base des plaintes de la patiente, ni sur celle des examens cliniques pratiqués par les spécialistes, ni enfin sur l'examen de l'IRM.

Le Dr R_____ a établi son rapport au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se basant sur les radiographies et les appréciations médicales y figurant. Il a même procédé à une relecture de l'IRM du genou droit, pratiquée le 29 avril 2004, qui lui a permis de s'assurer de l'intégrité de structure du ligament croisé antérieur. En outre, il a expliqué les raisons pour lesquelles l'appréciation du Dr Q_____ ne pouvait pas être suivie. Entre autres éléments, il a souligné que l'avis de ce médecin se fondait sur la simple hypothèse - non confirmée par les documents médicaux - que la recourante aurait également subi une déchirure du ligament croisé antérieur lors de l'accident du 19 mai 2001. Il y a lieu de constater que, contrairement à ce qu'affirme le Dr R_____, le Dr Q_____ ne prétend pas que la recourante aurait subi une déchirure du ligament croisé antérieur lors de l'accident du 19 mai 2001, mais une elongation ligamentaire. Toutefois, cette confusion n'a pas d'incidence sur le raisonnement et les conclusions du Dr R_____ qui retient que le lien de causalité naturelle entre, d'une part, la lésion du ligament croisé antérieur droit ainsi que la fente longitudinale sur la corne moyenne et postérieure du ménisque interne droit, d'autre part, l'événement accidentel en cause doit être nié sans réserve. En effet, les explications données par le Dr R_____ sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation de la recourante. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur le lien de causalité naturelle. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, il explique pourquoi l'hypothèse du Dr Q_____ doit être rejetée, à savoir que les divers rapports médicaux établis dans les suites immédiates de l'accident ne font pas état de plaintes de la recourante concernant le genou droit, que l'absence d'atrophie des quadriceps confirment l'absence de lésion traumatique du ligament croisé antérieur et que les lésions de clivage du ménisque sont caractéristiques de leur étiologie dégénérative. Par conséquent, son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

8. Il reste à examiner si les rapports du Dr Q_____ du 17 mars 2005 et du Prof. S_____ du 19 décembre 2007 permettent de contester le bien-fondé des conclusions du Dr R_____.

L'appréciation du Dr Q_____ repose sur l'opinion que la recourante a été victime, le 19 mai 2001, d'une fracture luxation tri-malléolaire de la cheville droite avec douleurs au genou droit dont les médecins se sont peu occupés à l'époque. Or, lesdites douleurs au genou droit ne ressortent pas des rapports des premiers médecins qui se sont exprimés sur le cas, ni des déclarations de l'intéressée. Dans le premier rapport au dossier, à savoir celui du 30 août 2001 établi par le Dr L_____ en remplacement du Dr N_____, il apparaît que la recourante souffre de douleurs persistantes avec prédominance interne. Le médecin pense à une irritation du jambier postérieur pour laquelle il propose de la physiothérapie. Puis, dans son rapport du 28 septembre 2001, le Dr M_____ ne fait pas davantage mention de plaintes au genou droit. Dans son rapport du 13 novembre 2001, le Dr N_____ fait état d'une évolution plutôt défavorable avec toujours les mêmes plaintes, douleurs et impotence fonctionnelle. Il ne rapporte pas l'existence de plaintes relatives audit genou. Dans son courrier à la SUVA du 26 novembre 2001, dans lequel la recourante donne des détails sur son état de santé, elle ne mentionne pas de plaintes au genou droit. Ce n'est que dans celui du 4 janvier 2002, soit plus de sept mois après l'accident, qu'elle décrit de violentes douleurs à la cheville droite « jusqu'au genou » après 40 minutes d'attente au guichet postal, précisant que c'est d'ailleurs toujours la même chose lorsqu'elle marche, reste debout ou assise trop longtemps, son pied se bloque. Cette précision démontre que les douleurs partent de la cheville et ne sont pas spécifiques au genou de sorte qu'il ne s'agit pas de douleurs « au genou ». Dans son rapport du 24 mai 2002 après ablation du matériel d'ostéosynthèse, le Dr N_____ observe une évolution favorable tout en relevant que la patiente se plaint toujours de douleurs et d'une certaine impotence de sa cheville. Enfin, dans sa lettre à la SUVA du 15 juillet 2002, la recourante précise qu'elle a terminé le traitement et qu'elle a beaucoup souffert de son pied durant les grandes chaleurs mais ne fait nulle mention de douleurs au genou droit. Ce n'est finalement que le 29 mars 2004, soit près de trois ans après l'accident, que le Dr O_____ indique que la recourante se plaint de l'existence de douleurs au genou droit que la recourante attribue à l'accident de 2001.

Par ailleurs, l'IRM du 29 avril 2004 contredit également l'appréciation du Dr Q_____ mentionnant une nette instabilité antérieure du genou induite par une laxité du ligament croisé antérieur. En effet, elle permet de constater qu'en avril 2004, la recourante présentait uniquement une fissure horizontale sur la corne moyenne ainsi que postérieure du ménisque interne droit et que l'intégrité de la structure du ligament croisé antérieur droit était conservée. Le Dr Q_____ objecte que ladite IRM permet de distinguer la laxité du ligament croisé antérieur en raison d'un aspect d'effilochage. Or, le Dr R_____ et le radiologue ont interprété cette IRM comme ne révélant aucune anomalie au niveau dudit ligament. Par conséquent, force est de constater que le Dr Q_____ donne une autre lecture à cette IRM, soit une nouvelle appréciation, ce qui ne suffit pas pour

admettre l'existence, en avril 2004, d'une laxité de ce ligament au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante.

De plus, dans son rapport du 17 mars 2005, il considère que cette laxité est d'origine post-traumatique au motif qu'on ne peut pas justifier une laxité de ce genre sans qu'il y ait eu un traumatisme un jour et que les douleurs dont souffre la patiente peuvent parfaitement bien être expliquées par cette élongation du croisé antérieur. Il précise, lors de son audition par le Tribunal, que la laxité du genou ne peut pas provenir de troubles dégénératifs eu égard à l'âge de la recourante et à l'absence d'état antérieur au moment de l'accident puisqu'aucun trouble dégénératif n'avait été constaté. Les explications données par le Dr Q_____ ne sont pas convaincantes dès lors qu'aucun examen radiologique concernant le genou droit n'a été entrepris jusqu'en avril 2004 ce qui ne permet de comparer la situation existant à cette date avec celle au moment de l'accident de 2001. En outre, lors de son examen du 18 mars 2004, le Dr O_____ ne constate pas l'existence d'une laxité du ligament croisé antérieur puisqu'il met en évidence un Lachmann négatif. L'absence d'une telle laxité est également confirmée par l'examen du Dr M_____, le 2 juillet 2004, qui observe une bonne stabilité ligamentaire des genoux et l'absence d'atrophie des quadriceps. Etant donné que ladite laxité a été constatée pour la première fois en mars 2005 par le Dr Q_____, soit près de quatre ans après l'accident du 19 mai 2001, ce laps de temps ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre ce trouble du genou droit et l'accident assuré dès lors que, dans un tel cas, les exigences de preuve sont sévères (cf. RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1.c).

Vu ce qui précède, il apparaît plus vraisemblable que les plaintes de la recourante au moment de l'accident de mai 2001 ne concernaient que la cheville droite, comme le décrivent les premiers médecins qui se sont prononcés sur le cas, et que des douleurs au genou droit ne sont apparues qu'en 2004. Par conséquent, l'appréciation du Dr Q_____ repose sur une prémisse de contemporanéité entre la fracture de la cheville droite et l'apparition des plaintes concernant le genou droit qui n'est pas vérifiée dans les faits et qui est même contredite par la lecture des documents radiologiques de sorte que ses conclusions n'ont pas de valeur probante.

Quant au Prof. S_____, dans son rapport du 19 décembre 2007, il conclut à l'origine traumatique de la déchirure du ménisque droit au regard des lésions constatées lors de son intervention du 28 août 2007 et des déclarations de la patiente faisant remonter ses ennuis de genou à son accident de 2001. Or, selon le Dr R_____, une déchirure méniscale peut être d'origine dégénérative ou traumatique et, dans le cas de déchirure horizontale du ménisque, les lésions de clivage telles qu'elles ont été trouvées chez la recourante signent l'origine dégénérative. Il y a lieu de relever que le Prof. S_____ ne donne aucune

explication quant aux lésions constatées lors de son intervention de sorte que son rapport, insuffisamment motivé, ne permet nullement d'établir l'origine traumatique de cette lésion et encore moins l'existence d'un rapport de causalité avec l'accident du 19 mai 2001.

Enfin, ces deux médecins concluent à l'origine traumatique des affections actuelles - excluant dès lors toute autre étiologie possible - au motif que la recourante aurait continuellement souffert de douleurs au genou droit depuis l'événement accidentel et que ces dernières étaient inexistantes antérieurement. Ce faisant, ils basent leur appréciation davantage sur les déclarations subjectives de la recourante que sur des considérations médicales objectives et tiennent un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, le seul 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; 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 (ATFA non publié du 30 novembre 2007, U 580/06, consid. 3.2).

Par conséquent, les avis de ces deux médecins ne permettent pas de contester le bien-fondé des conclusions du Dr R_____ et de son appréciation de l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles du genou droit et l'accident du 19 mai 2001. Ses conclusions seront donc suivies par le Tribunal. Aussi, l'intimée était-elle en droit, en l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles du genou droit et l'accident du 19 mai 2001, de refuser d'allouer ses prestations.

9. La recourante conclut subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées).

En l'espèce, la situation médicale de la recourante est claire et ne réclame pas davantage d'investigations. En conséquence, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale doit être rejetée.

10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A 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); 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

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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