C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 6 octobre 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à D***, recourante,

et

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Zurich, intimée.

_____

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, a travaillé dès le 1er mai 2015 en qualité d'aide-soignante auprès de l'A._____. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident auprès de Zurich Compagnie d'assurances SA (ci-après : Zurich ou l'intimée).

Le 19 décembre 2022, l'employeur a annoncé à Zurich que l'assurée avait subi une chute dans les escaliers le 13 décembre 2022, en raison du verglas, se blessant au niveau des poignet gauche, épaules et genoux. Instruisant le droit aux prestations, Zurich a obtenu les pièces médicales suivantes :

- Un rapport de radiographie des deux genoux du 21 décembre 2022, concluant à l'absence de fracture et de lésion tendineuse, mais relevant la présence d'une discrète tuméfaction des parties molles sous-cutanées antérieures légèrement plus marquée à gauche.

- Une lettre de sortie établie le 30 décembre 2022 par le Service des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), dont il ressort que l'assurée avait consulté en raison de douleurs persistantes au genou gauche et qu'elle présentait une marche avec boiterie, une mobilisation active limitée ainsi que des douleurs à la palpation de la face antérieure du genou avec un léger œdème. Des gouttes de Tramal ont été prescrites.

- Un questionnaire médical rempli le 13 janvier 2023 par le Dr J._____, médecin praticien. Précisant que l'assurée avait consulté pour la première fois le 15 décembre 2022 pour une chute dans les escaliers avec réception sur les mains et les deux genoux, il a posé les diagnostics de contusions des deux genoux, de contusion du poignet et de cervicalgie, et a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30 décembre 2022.

La recourante a repris le travail dans le courant du mois de janvier, puis a consulté à nouveau le Dr J._____ en raison de la persistance des douleurs au genou gauche. Ce médecin a délivré de nouveaux certificats d'arrêt de travail total dès le 30 janvier 2023, sous réserve d'une tentative de reprise à 50 % du 7 au 19 février 2022. Face aux plaintes de sa patiente, le Dr J._____ a organisé une IRM (imagerie par résonance médicale) du genou gauche le 3 février 2023. Celle-ci a révélé la présence d'une anomalie de signal des fibres profondes du tendon rotulien proximal et distal évoquant une possible enthésopathie non fissuraire, une fine fissure non transfixiante de la corne postérieure du ménisque interne versus dégénération mucoïde, des signes de conflit du corps adipeux suprapatellaire et un épanchement articulaire de faible abondance (cf. rapport d'IRM du genou gauche du 3 février 2023). Le Dr J._____ a alors adressé sa patiente pour avis au Dr Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (cf. lettre du Dr J._____ du 23 mars 2023).

Réinterrogé par Zurich, le Dr J._____ a répondu le 5 mai 2023 que l'assurée présentait une recrudescence des douleurs avec l'apparition d'un épanchement intra-articulaire et a posé le diagnostic de gonalgies gauches invalidantes post traumatiques avec enthésopathie du tendon rotulien et méniscopathie de la corne postérieure du ménisque médial, d'évolution stationnaire. Il a joint les rapports de consultation du Dr Y._____ des 4 avril 2023 (consultation du 27 mars 2023) et 16 mai 2023 (consultation du 9 mai 2023), dans lesquels ce spécialiste retenait le diagnostic de gonalgies gauches post-traumatiques et indiquait que l'assurée présentait toujours une vive douleur et une limitation à la mobilisation malgré un traitement conservateur puis une prise en charge de physiothérapie, en précisant que l'IRM, plutôt rassurante, ne permettait pas d'expliquer l'intensité des symptômes douloureux et que, cliniquement, il n'y avait pas d'épanchement, pas de signe inflammatoire ou infectieux local, ni de franc signe en faveur d'un CRPS [syndrome douloureux régional complexe, également désigné sous les termes d'algoneurodystrophie ou SDRC].

Zurich a ensuite obtenu un rapport de scintigraphie osseuse 3 phases/SPECT-CT du genou gauche du 25 mai 2023, ainsi que le rapport de consultation du Dr Y._____ du 6 juin 2023 (consultation du 26 mai 2023), lequel retenait désormais les diagnostics d'enthésopathie distale du tendon patellaire et d'algoneurodystrophie/CRPS en phase subaiguë, en précisant que le Spect-CT montrait des « arguments potentiellement compatibles avec un CRPS en phase subaiguë » et qu'il avait proposé une courte cure de corticothérapie par voie orale pour laquelle la patiente s'était montrée réticente, si bien qu'il l'adressait à une consultation spécialisée en médecine du sport et antalgie.

Consulté pour avis, le Dr N._____, médecin conseil de Zurich spécialisé en chirurgie, a conclu le 1er juillet 2023 qu'il y avait un lien de causalité entre l'événement du 13 décembre 2022 et les lésions, en précisant qu'un CRPS pouvait durer plusieurs mois et que l'incapacité de travail était justifiée, la durée de l'incapacité de travail dépendant des résultats cliniques.

L'employeur a résilié le contrat de travail par courrier du 29 juillet 2023, avec effet au 31 octobre 2023.

Zurich encore obtenu un rapport de radiographies du rachis lombaire du 11 septembre 2023, les rapports de consultation du Dr Y._____ des 21 septembre 2023 (consultation du 11 septembre 2023) et 21 décembre 2023 (consultation du 11 décembre 2023), dans lesquels ce spécialiste confirmait les diagnostics d'enthésopathie distale du tendon patellaire et d'algoneurodystrophie/CRPS en phase subaiguë et relatait une évolution stationnaire, avec des douleurs qualifiées de relativement diffuses du genou gauche et un examen clinique superposable, situation pour laquelle il n'avait pas grand-chose de plus à proposer, hormis la poursuite du traitement conservateur simple, vu l'absence de cible infiltrative et l'absence d'indication à solliciter un avis chirurgical, ainsi qu'un compte-rendu de la Dre I._____, spécialiste en anesthésiologie, relative à une intervention de bloc sympathique lombaire du 7 décembre 2023.

Répondant le 3 juin 2024 à un questionnaire médical de Zurich, le Dr Y._____ a posé le diagnostic de gonalgies gauches post-traumatiques avec CRPS en phase subaiguë. Le bloc sympathique et le TENS n'avaient pas apporté d'amélioration des douleurs. L'évolution était stationnaire, avec persistance de douleurs à la moindre mobilisation et d'une raideur articulaire. Il en résultait des limitations fonctionnelles et il fallait s'attendre à des séquelles. Il a joint, notamment, son rapport de consultation du 7 mars 2024 (consultation du 4 mars 2024).

Également contactée par Zurich, la Dre I._____ a répondu le 25 juillet 2024 qu'elle ne pouvait pas se prononcer pour l'avenir et a fourni, notamment, les rapports de consultation des 7 août 2023, cosigné par le Dr Q._____, également spécialiste en anesthésiologie, et 31 janvier 2024, dans lesquels ils retenaient le diagnostic de CRPS du genou gauche en phase subaiguë et constataient que les différents traitements antalgiques envisagés successivement n'avaient pas soulagé les douleurs, décrites comme intenses par la patiente.

Le Dr J._____ a répondu aux questions de Zurich le 17 septembre 2024, en indiquant que la symptomatologie restait stationnaire et que l'incapacité de travail restait totale pour une durée indéterminée. Il a joint le rapport de consultation du Dr Y._____ du 9 juillet 2024 (consultation du 4 juillet 2024), faisant état de l'absence d'évolution et de l'organisation d'un nouveau bilan IRM.

Sollicité à nouveau par Zurich pour avis, le Dr N._____ a conclu le 25 octobre 2024 qu'il fallait se procurer le prochain rapport de consultation du Dr Y._____ et que, s'il n'était pas constaté d'amélioration, une expertise médicale par un rhumatologue et un psychiatre devrait être mise en œuvre, le diagnostic de CRPS devenant douteux en l'absence d'amélioration tandis qu'un problème psychosomatique pouvait être soupçonné dans un environnement socio-économique difficile.

Zurich a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du R._____. Les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont été désignés et se sont procuré les rapports médicaux complémentaires suivants :

- Un rapport du 27 juin 2024 relatif à une IRM du genou gauche natif et produit de contraste du 26 juin 2024, concluant comme suit :

> « Conclusion
> Pas d'évidence d'explication quant à la symptomatologie présentée par la patiente, si ce n'est une éventuelle désaxalisation latérale patellaire avec signes de tendinopathie proximale du tendon rotulien, à comparer à la clinique »

- Un rapport de bilan radiographique des membres inférieurs du 20 novembre 2024.

- Le rapport de consultation du Dr Y._____ du 14 octobre 2024 (consultation du 10 octobre 2024), posant les diagnostics d'algoneurodystrophie/CRPS au décours, d'enthésopathie distale du tendon patellaire et latéralisation de la tubérosité tibiale antérieure et de status post bloc sympathique lombaire gauche le 7 décembre 2023, et concluant comme suit :

> « La réévaluation par IRM en date du 24.06.2024 s'avère donc tout à fait rassurante, retrouvant quelques signes tendineux au niveau du tendon patellaire, modéré et un aspect latéralisé de la [tubérosité tibiale antérieure]. La patiente n'a présenté aucune symptomatologie avant coureuse, antérieure à l'accident. Dans ces conditions, le diagnostic retenu pour ma part, est donc celui d'un CRPS post-traumatique avec indication à la poursuite d'un traitement conservateur simple. La patiente bénéficie d'un appareil de neurostimulation électrique transcutanée et bénéficiera d'une nouvelle consultation au Service d'antalgie de l'O._____. Je n'ai malheureusement pas grand-chose d'autre à proposer. (…) »

- Le rapport de consultation du 15 novembre 2024 et la lettre adressée le 22 novembre 2024 au Dr Y._____, dans lesquels le Dr E._____, médecin au W._____, a posé les diagnostics de gonalgies droites avec ancien traumatisme et cal vicieux de la tubérosité tibiale antérieure et syndrome rotulien avec patella baja, ainsi que de hallux limitus fonctionnel bilatéral avec début d'hallux valgus.

Dans leur rapport du 21 janvier 2025, les experts du R._____ ont posé les diagnostics de gonalgies gauches chroniques sur contusion le 13 décembre 2022 (R52.2) et de surcharge pondérale (E66.9). Ils ont retenu que la poursuite d'une incapacité de travail en lien avec l'accident n'était pas justifiée, la capacité de travail étant entière dans l'activité habituelle d'aide-soignante. L'expert de rhumatologie a relevé que l'assurée se plaignait depuis sa chute du 13 décembre 2022 de gonalgies gauches importantes, qu'un possible CRPS avait été retenu sans jamais être cliniquement objectivé par les spécialistes qui l'avaient examinée, qu'elle n'avait répondu à aucun des traitements physiques, médicamenteux ou infiltration dont elle avait bénéficié, tandis que l'examen du jour ne montrait aucun signe inflammatoire ni de signe en faveur d'un CRPS, mais des incohérences manifestes. Il n'y avait ainsi aucune pathologie somatique permettant d'expliquer la persistance des plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découleraient et aucun élément médical ne justifiait une intervention chirurgicale. L'expert psychiatre a par ailleurs constaté qu'il n'y avait aucune plainte sur le plan psychiatrique, si bien qu'aucun diagnostic n'était retenu dans ce domaine, la capacité de travail sur le plan strictement psychique ayant toujours été totale, sans perte de rendement.

Zurich a notifié une décision à l'assurée et à la caisse maladie de cette dernière le 5 mai 2025. S'appuyant sur les conclusions des experts, elle a retenu que le diagnostic de CRPS du genou gauche n'était pas objectivé, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 13 décembre 2022 et les gonalgies dont se plaignait l'assurée actuellement et que les conditions d'une reconsidération étaient remplies. Elle a ainsi rendu le dispositif suivant :

> « 1. Zurich met fin aux prestations LAA avec effet au 30.12.2022 ;
> 2. Les indemnités-journalières pour un montant total de CHF 97'344.30 vous sont réclamées ;
> 3. Les frais de traitement pour un montant total de CHF 15'538.45, seront réclamés auprès diverses caisses maladies, sous réserve d'éventuelles franchises et/ou participation ;
> 4. Un délai de 30 jours est accordé pour renoncer à la demande de restitution dès la présente décision ;
> 5. L'opposition ne déploie pas d'effet suspensif ;
> 6. Notification à :
>   - Madame B._____ ;

- Caisse-maladie ; ».

L’assurée a formé opposition le 29 mai 2025. Elle a fait valoir, d’une part, que ses problèmes de genou étaient apparus après l’accident du 13 décembre 2022 et que les différents spécialistes consultés avaient établi un lien entre l’événement et les atteintes. D’autre part, elle a relevé qu’elle avait perçu les prestations de bonne foi, car elle avait fourni des certificats médicaux et qu’il appartenait à Zurich, en cas de doute, de mettre en œuvre plus tôt une expertise.

Par décision sur opposition du 8 janvier 2026, Zurich a rejeté l’opposition et confirmé sa décision, en précisant que le dossier serait renvoyé à son siège régional afin de statuer sur une demande de remise de l’obligation de restituer.

B. B._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 février 2026 (date du sceau postal), concluant principalement à sa réforme en ce sens que l’intimée est tenue de poursuivre le versement d’indemnités au-delà du 30 décembre 2022 et de lui octroyer une rente d’invalidité, subsidiairement que l’intimée est tenue de lui verser des indemnités perte de gain en cas de maladie pour la durée maximale et de compenser avec les indemnités perte de gain accident. Elle a exposé qu’après sa chute du 13 décembre 2022, elle avait repris le travail le 31 décembre 2022 mais qu’elle avait dû à nouveau interrompre son travail dès le 30 janvier 2023 en raison de fortes douleurs au genou gauche et qu’elle était en incapacité de travail totale depuis lors. Elle a fait valoir, d’une part, que l’intimée était également l’assurance indemnité perte de gain en cas de maladie de son employeur de l’époque, de sorte qu’elle ne comprenait pas la demande de remboursement des indemnités versées. D’autre part, elle a relevé que le lien de causalité entre l’accident et les lésions constatées avait été admis par le médecin-conseil de l’intimée. Elle a par ailleurs contesté la valeur probante de l’expertise médicale mise en œuvre par l’intimée, en se prévalant d’un rapport établi le 6 février 2026 par le Dr J._____. A l’appui de son écriture, elle a produit notamment les rapports médicaux supplémentaires suivants :

- Le rapport de consultation du Dr Y._____ du 5 juillet 2023 (consultation du 3 juillet 2023), retenant les diagnostics d'enthésopathie distale du tendon patellaire et d'algoneurdystrophie/CRPS en phase subaiguë et déplorant une évolution stationnaire avec toujours un tableau douloureux important qui contrastait avec des examens complémentaires peu spectaculaires, pour lequel seul un traitement conservateur en physiothérapie était indiqué.

- Le rapport de consultation du Dr Y._____ du 13 juin 2024 (consultation du 6 juin 2024), exposant que l'état était stationnaire et préconisant la poursuite d'un traitement conservateur simple, complété d'un traitement de type TENS, le spécialiste ayant en outre conseillé à sa patiente de reprendre progressivement ses activités en restant à l'écoute de ses douleurs.

- Le rapport du Dr J._____ du 6 février 2026, au contenu suivant :

> « (…)
> Pour rappel, la patiente a présenté des gonalgies gauches suite à un accident du 13.12.2022 en sortant du travail, elle glisse dans les escaliers et chute avec traumatisme direct des genoux.
>
> L'évolution est marquée par des gonalgies internes gauches invalidantes avec une raideur importante, avec une évolution vers CRPS au genou.
>
> Des suivis, et prises en charge spécialisés ont été réalisés par le E._____ orthopédiste, le Dr Y._____ médecin du sport, La Dre I._____ au C._____ à F***.
>
> Prises en charge thérapeutiques : traitement médicamenteux antalgique, physiothérapie, Status post bloc sympathique lombaire gauche au C._____. Test d'un neurostimulateur électrique transcutané.
>
> Il faut signaler qu'avant l'accident du 13.12.2022, la patiente n'a jamais manifesté de problèmes liés à la symptomatologie des deux genoux. Depuis l'accident que les douleurs des deux genoux G[auche]>D[roite] se sont manifestées.
>
> Il me semble que la symptomatologie douloureuse des genoux est liée à l'accident du 13. 12. 2022.
> (…) »

L’intimée a déposé une réponse le 9 mars 2026. Concluant au rejet du recours pour les motifs développés dans sa décision sur opposition, elle a exposé que les critères diagnostics d’un CRPS n’étaient pas présents, que les conditions d’une reconsidération étaient réunies s’agissant des prestations déjà versées et qu’il était prématuré de statuer sur les conditions d’une remise de l’obligation de restituer.

Répliquant le 17 mars 2026, la recourante a relevé que l’intimée n’avait pas pris position à propos de son rôle d’assurance indemnité de perte de gain en cas de maladie et a requis qu’elle soit priée de se prononcer à cet égard ou, cas échéant, de l’informer des démarches à entreprendre pour faire valoir son droit à l’indemnité perte de gain en cas de maladie.

Dans sa duplique du 9 avril 2026, l’intimée a relevé que la question d’une prise en charge sur la police perte de gain en cas de maladie ne ressortait ni de l’objet du litige, ni de la compétence de la Cour. Admettant qu’une telle couverture existait auprès de l’ancien employeur de l’assurée jusqu’à la fin des rapports de travail, elle a fait valoir que la question d’une éventuelle prise en charge à ce titre était prématurée, la question de la restitution devant encore faire l’objet d’une décision formelle. Cela étant, elle avait soumis une nouvelle fois le dossier à son médecin-conseil, lequel avait conclu que le statu quo sine avait été atteint le 26 mai 2023. Elle a ainsi conclu à ce que la Cour de céans réforme la décision litigieuse en ce sens que le droit aux prestations a pris fin le 26 mai 2023, date du statu quo sine. Elle a joint une prise de position du 28 mars 2026 du Dr BB._____, médecin-conseil spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, exposant ce qui suit :

> « Assurée annoncée pour avoir glissé le 13.12.2022 : contusion des deux genoux et du poignet.
> Lors de l’expertise des 3 et 10 décembre 2024 R._____, l’assurée déclare des douleurs du genou gauche, il n’y a pas de douleur du côté droit ni au niveau des membres supérieurs. Les gonalgies descendent jusqu’à mi jambe, pas d’atteinte du pied ni de la cheville.
> Examens complémentaires : 22 05 2023 spect CT mettant en évidence d’un CRPS subaigu pour le genou [gauche]
> Licenciement en 08 2023 de son emploi d’aide-soignante dans un EMS.

> Constatations par l'expert rhumatologue : Mobilité du genou gauche : « flexum d'environ 15 ° et si l'expert essaie de faire une extension complète, l'expertisée proteste vigoureusement. La flexion du genou gauche passivement atteint difficilement 80 ° ». Pas de constatation d'augmentation de la chaleur locale sur le genou ni de rougeur particulière.
>
> Sur le plan du CRPS le Dr Y._____ décrit en mars et mai 2023 une absence de signe clinique en faveur d'un CRPS, la scintigraphie montre quelques anomalies compatibles et ce diagnostic sera repris ensuite par les intervenants. L'IRM de contrôle du 26.06.2024 n'a pas montré de lésion significative. L'expert rhumatologue retient un comportement démonstratif et des signes de majoration des symptômes, au total la pseudo limitation n'est pas plausible. Il n'est pas retenu de signe en faveur d'un CRPS lors de cette expertise. Au total il n'y a pas de pathologie justifiant la poursuite d'une incapacité de travail en lien avec l'accident. La capacité de travail est entière dans son activité habituelle d'aide-soignante.
> Par ailleurs pas de pathologie psychiatrique selon l'expert psychiatre.
> […]
> Au vu de ces éléments on peut conclure que le statu quo ante a été atteint le 26 05 2023 avec le rapport du Dr Y._____ à la même date et qui retient une Enthésopathie distale du tendon patellaire avec des douleurs antérieures en regard au niveau de la tubérosité tibiale antérieure et mentionne un syndrome CRPS subaigu mais sans corrélation clinique selon les documents et l'expertise disponibles. »

L'écriture précitée a été communiquée pour information à la recourante le 13 avril 2026.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres

conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable sous réserve de ce qui suit.

2. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'occurrence, l'objet du litige tel que délimité par la décision sur opposition contestée par la recourante concerne l'étendue de la prise en charge des suites de l'accident du 13 décembre 2022 et le bienfondé de la demande de restitution de la somme de 97'344 fr. 30 à titre d'indemnités journalières de l'assurance-accidents versées indûment. Par conséquent, il faut constater avec l'intimée que la question d'une éventuelle indemnisation fondée sur une couverture d'assurance perte de gain en cas de maladie excède l'objet du litige et ne peut être examiné dans la cadre du présent recours. La conclusion subsidiaire prise par la recourante tendant à l'octroi de prestations relevant de l'assurance perte de gain en cas de maladie est donc irrecevable.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d’un accident assuré suppose 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 le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu’il ne serait pas survenu de la même manière sans l’événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c’est-à-dire qu’il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 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, appliquée généralement à l’appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_71/2025 du 12 juin 2025 consid. 3.1).

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 (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). L’existence d’un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l’angle juridique et tranchée par l’administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.1).

d) Le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ou *complex regional pain syndrom*e (CRPS), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été décrit en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis. L'IASP a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest. Le diagnostic de SDRC requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits (TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.1 et les références citées) :

1. Une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur.

2. Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
   - Sensorielle : hyperesthésie et/ou une allodynie ;
   - Vasomotrice : asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau ;
   - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;

- Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau).

3. Le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
   - Sensorielle : hyperalgésie (piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation) ;
   - Vasomotrice : différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau ;
   - Sudomotrice/œdème : oedème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;
   - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau).

4. Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques.

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques. En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC ; toutefois, la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (TF 8C_331/2024 précité, *ibidem*).

e) Pour admettre un lien de causalité entre l’accident et un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), trois critères cumulatifs

doivent être remplis, à savoir (TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et les références) :

a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;

b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;

c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

Pour considérer le critère relatif au temps de latence comme établi, il est déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (TF 8C_331/2024 précité, *ibidem*).

4. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en

procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ;

TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. **a)** En l'occurrence, l'intimée a reconnu le caractère accidentel de l'événement du 13 décembre 2022 et a versé des prestations dès cette date. Par la décision litigieuse, elle a cependant nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les plaintes douloureuses et l'accident assuré au-delà du 30 décembre 2022, en se fondant sur le rapport

d’expertise bidisciplinaire établi le 21 janvier 2025 par les experts du R._____.

La recourante a fait valoir en substance que les conclusions du volet rhumatologique de cette expertise ne pouvaient pas être suivies, dès lors que les médecins consultés dès le 30 janvier 2023 avaient attesté d’une incapacité de travail totale en raison d’une atteinte à la santé en lien avec son accident, en l’occurrence un CRPS du genou gauche, et que le médecin-conseil de l’intimée avait admis ce lien jusqu’au 30 novembre 2024. En revanche, la recourante n’a émis aucune critique à l’égard du volet psychiatrique de l’expertise.

b) Pour poser leurs conclusions, les experts du R._____ ont eu accès à l’ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. Analyse du dossier, pp. 3 à 6 du rapport), qu’ils ont complétées en obtenant les derniers rapports de consultation disponibles ainsi que les imageries organisées en 2024. Les experts ont chacun examiné l’intéressée et ont résumé leurs constatations et conclusions dans un rapport commun, en précisant dans les diverses rubriques les éléments propres à chaque spécialité. Les données subjectives (pp. 6 à 12 du rapport) contiennent le compte-rendu de l’entretien de chaque expert avec la recourante, incluant son histoire médicale, ses déclarations spontanées et plaintes actuelles, ainsi que l’anamnèse systématique avec une description de sa journée-type. Les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (pp. 12 à 14 du rapport) font l’objet d’un chapitre commun aux deux experts. Les données subjectives (pp. 14 à 17 du rapport) exposent successivement le status établi par chaque expert. Enfin, la synthèse et discussion (pp. 18 à 21) décrit l’évaluation médicale et la discussion diagnostique de chaque expert. Les experts ont ensuite répondu chacun aux questions du mandat (réponses de l’expert en rhumatologie, pp. 22 à 27 ; réponses de l’expert en psychiatrie, pp. 26 à 30). Cette expertise contient ainsi l’ensemble des éléments requis par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) La recourante s'est essentiellement prévalue des différents rapports de ses médecins et spécialistes traitants, lesquels retenaient, notamment, le diagnostic de CRPS au niveau du genou gauche.

L'expert en rhumatologie du R._____ a écarté ce diagnostic, en exposant que le CRPS avait été retenu comme possible par les spécialistes traitants bien qu'il n'ait jamais été objectivé cliniquement. Il a également relevé que la recourante n'avait répondu à aucun des traitements mis en place, tandis que son examen n'avait montré ni signe inflammatoire, ni signe en faveur d'un CRPS, mais qu'il y avait des « incohérences manifestes ». S'agissant des incohérences, le Dr S._____ a noté en particulier qu'il n'était pas parvenu à faire une extension complète passive du genou gauche ou une flexion de 90 ° durant l'exmen, mais que, quelques minutes plus tard, l'expertisée s'était mise debout, avait marché normalement et s'était assise avec le genou à 90 °.

Cette appréciation n'est pas sérieusement remise en doute par les pièces médicales au dossier. En effet, la jurisprudence a rappelé à maintes occasions que les critères de Budapest sont exclusivement cliniques et doivent être dûment constatés (cf. *supra* consid. 3d). Or, lors de la première consultation du Dr Y._____, le 27 mars 2023, ce médecin a décrit le status en précisant qu'il n'y avait pas de signe clinique en faveur d'un CRPS (cf. rapport de consultation du Dr Y._____ du 4 avril 2023). Il a revu la recourante le 9 mai 2023 et a noté encore qu'il n'avait « pas trouvé de franc signe en faveur d'un CRPS, notamment, sans franche différence de température ni signe vasomoteur ou trouble sensitif ». Vu les critères cliniques restant « plutôt négatifs » pour un CRPS et en l'absence d'élément à l'IRM permettant d'expliquer l'intensité des douleurs exprimées par l'intéressée, ce médecin a organisé une scintigraphie osseuse de type SPECT-CT (cf. rapport de consultation du Dr Y._____ du 16 mai 2023). Ce n'est qu'à réception des résultats de cette scintigraphie que le Dr Y._____ a retenu le diagnostic de CRPS en phase subaiguë. A ce propos, il a noté que le SPECT-CT « confirm[ait] une insertionite distale du tendon patellaire et retrouv[ait] des arguments en faveur d'un CRPS en phase subaiguë », mais n'a toujours pas constaté les signes cliniques de ce diagnostic. Il a

finalement conclu que le bilan par SPECT-CT « retrouvait des arguments potentiellement compatibles avec un CRPS en phase subaiguë » et qu'il avait « éventuellement proposé » une cure de corticothérapie pour traiter la composante CRPS, à laquelle l'intéressée s'était montrée « plutôt réticente » (cf. rapport de consultation du Dr Y._____ du 6 juin 2023, relatif à la consultation du 26 mai 2023). Les précautions de langage entourant ce diagnostic de CRPS, au demeurant décrit comme étant en phase « subaiguë », signifiant que les symptômes sont de faible intensité mais se prolongent et ne s'atténuent que faiblement, montrent que les bases sur lesquelles ce spécialiste a posé ce diagnostic sont particulièrement faibles et ne résistent pas à l'examen des critères de Budapest, alors que l'utilisation de l'imagerie est controversée (cf. *supra* consid. 3d). Les rapports de consultations établis ultérieurement par le Dr Y._____ gardent la notion de CRPS en phase subaiguë « possible » ou « probable » et font état d'un status superposable aux précédentes consultations, de l'absence d'amélioration des douleurs malgré la prise en charge spécialisée en antalgie et de l'absence d'indication à un traitement médicamenteux spécifique du CRPS (cf. rapports de consultation du 5 juillet 2023 relatif à la consultation du 3 juillet 2023, du 21 septembre 2023 relatif à la consultation du 11 septembre 2023, du 21 décembre 2023 relatif à la consultation du 11 décembre 2023, du 7 mars 2024 relatif à la consultation du 4 mars 2024, du 13 juin 2024 relatif à la consultation du 13 juin 2024, du 9 juillet 2024 relatif à la consultation du 4 juillet 2024), pour finalement signaler un CRPS « au décours » dans son rapport de consultation du 14 octobre 2024 portant sur la consultation du 10 octobre 2024, alors que le status est toujours entièrement superposable.

Les autres spécialistes qui ont examiné la recourante parallèlement au suivi du Dr Y._____ ont repris ce diagnostic, sans le remettre en doute. Mais leurs rapports ne mentionnent pas non plus de signe clinique en faveur de ce diagnostic. Ainsi, les Drs I._____ et Q._____ ont mentionné le diagnostic de CRPS post-traumatique du genou gauche, mais n'ont pas décrit de status du membre dans leurs rapports des 7 août 2023 et 31 janvier 2024, où sont uniquement relayées les plaintes douloureuses de la recourante. Pour sa part, le Dr E._____ a résumé

l'anamnèse dans sa lettre du 15 novembre 2024 en mentionnant un ancien trauma au genou gauche évoluant vers un CRPS « actuellement en rémission », puis a signalé que les gonalgies persistaient « malgré la disparition du Sudeck ». Quand bien même ce spécialiste s'est ensuite manifestement trompé dans la désignation du genou (droit, au lieu de gauche), il n'en demeure pas moins qu'il a décrit un genou sec et stable, sans évoquer de signe clinique en faveur d'un CRPS. Quant au Dr J._____, il a d'abord relayé les rapports de consultation du Dr Y._____, puis a repris le diagnostic de CRPS dans son rapport du 17 septembre 2024 sans l'argumenter et sans décrire le status. Il a fait de même dans le rapport du 6 février 2026. Outre le fait qu'il ne s'est pas montré affirmatif s'agissant d'un lien entre la symptomatologie douloureuse et l'accident assuré (« il me semble »), il a principalement fait valoir que sa patiente n'avait jamais exprimé de plainte concernant ses genoux avant le 13 décembre 2022 et que les douleurs s'étaient manifestées après cette date.

Il n'existe ainsi pas d'élément médical au dossier susceptible de porter le doute quant aux conclusions de l'expert sur la question du diagnostic de CRPS. Au demeurant, même à admettre que la recourante aurait présenté un tel diagnostic, l'absence de constatations cliniques dans les six à huit semaines suivant l'accident ne permettrait pas de retenir un lien de causalité avec l'accident.

d) Consulté en novembre 2024, le Dr E._____ a évoqué une ancienne fracture mal consolidée au niveau de la tubérosité tibiale antérieure et a posé de nouveaux diagnostics. Le rhumatologue du R._____ a eu connaissance des rapports du Dr E._____ des 15 et 22 novembre 2024, ainsi que du bilan radiographique organisé par celui-ci le 20 novembre 2024, mais a réfuté l'hypothèse d'une fracture ou d'une autre pathologie qui justifierait une intervention chirurgicale.

Outre le fait que le Dr E._____ n'a pas explicitement conclu que l'ancienne fracture qu'il a évoquée aurait été provoquée par la chute du 13 décembre 2022, il faut encore relever qu'il fonde cette conclusion sur le fait que, tant sur les radiographies qu'à la palpation, la tubérosité tibiale

antérieure est plus proéminente à gauche qu'à droite. Or, le bilan radiographique du 21 décembre 2022 signalait déjà une « discrète asymétrie des tubérosités tibiales avec une légère proéminence d'aspect constitutionnel à gauche ». Les rapports du Dr E._____ ne permettent ainsi pas de retenir que l'accident assuré aurait causé une fracture. Il faut également relever que le status clinique décrit par le Dr E._____ fin novembre 2024 est entièrement superposable à celui décrit lors de l'examen effectué quelques jours plus tard par l'expert du R._____, lequel a cependant constaté d'importantes incohérences s'agissant du caractère invalidant des gonalgies, avec comportement hyperalgique et autolimitant au moment de l'examen, mais une facilité à se mouvoir et l'absence de démonstration algique durant l'entretien. Les rapports du Dr E._____ ne permettent ainsi pas de remettre en doute les conclusions du Dr S._____ quant à l'absence d'atteinte incapacitante en automne 2024.

e) La recourante a par ailleurs soulevé le fait que le médecin-conseil de Zurich avait admis l'existence d'un CRPS en lien de causalité avec l'accident.

Il est constant que le Dr N._____ a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 13 décembre 2022 et les lésions, en précisant qu'un CRPS pouvait s'étendre sur plusieurs mois. Cette analyse est particulièrement succincte, si bien qu'elle ne permet pas non plus de réfuter la valeur probante de l'expertise. Au demeurant, cette mesure d'instruction a été mise en œuvre précisément parce que la durée anormalement longue de la symptomatologie, malgré les traitements mis en œuvre, a fait naître des doutes tant sur la pertinence du diagnostic que sur le maintien d'un lien de causalité avec l'accident du 13 décembre 2022.

f) S'il a réfuté le diagnostic de CRPS du genou, le rhumatologue du R._____ a néanmoins retenu le diagnostic de gonalgies chroniques sur contusion le 13 décembre 2022. Interrogé sur l'existence actuelle d'un lien entre l'accident et le diagnostic (question 5.1), l'expert a répondu que les plaintes douloureuses actuelles étaient « possiblement dues à l'accident ». Sur les questions relatives à une éventuelle incapacité de travail, l'expert a

répondu qu'il n'y avait pas de pathologie justifiant des limitations fonctionnelles en raison des atteintes à la santé résultant de l'accident (question 7.1) et qu'il n'y avait « plus d'atteinte » en lien avec l'accident justifiant une incapacité de travail (question 7.2).

Les réponses très succinctes à ces deux questions montrent que l'expert s'est référé à la situation médicale de la recourante au jour de l'examen, le 3 décembre 2024, et qu'il ne s'est pas prononcé sur l'évolution de celle-ci depuis la date de l'accident, près de deux ans plus tôt. La date du 30 décembre 2022 retenue par l'intimée pour mettre fin à son obligation de prester ne trouve donc pas de fondement dans le rapport d'expertise. A cet égard, il convient de relever qu'un diagnostic de contusion aux deux genoux a été posé dans les suites directes de la chute, en décembre 2022, avec un bilan radiographique du 21 décembre 2022 révélant une « discrète tuméfaction » sur chaque genou, plus marquée à gauche. Il a ensuite été constaté au Service des urgences du CHUV, le 30 décembre 2022, que la recourante présentait toujours un « léger œdème » au genou gauche. Un épanchement articulaire était encore visible à l'IRM du genou gauche du 3 février 2023, imagerie qui a également révélé la présence d'anomalies sur certains tendons et au niveau du ménisque interne. Enfin, le Dr J._____ a attesté dans son rapport du 5 mai 2023 que la recrudescence des douleurs s'était accompagnée d'un épanchement intra-articulaire. Le Dr Y._____ n'a plus observé d'œdème ou d'épanchement au cours de sa première consultation, le 26 mars 2023. Il a cependant retenu les diagnostics d'enthésopathie du tendon rotulien et de méniscopathie de la corne postérieure du ménisque médial. Il a certes considéré que les résultats de l'IRM du 2 février 2023 étaient rassurants et qu'il se trouvait démuni pour expliquer l'intensité des symptômes douloureux décrits par la patiente, mais il n'a pas exclu que le tableau clinique présenté par sa patiente puisse entraîner des douleurs.

Par ailleurs, même si son analyse est restée succincte, le Dr N._____ n'a émis aucun doute quant au fait qu'une chute sur les genoux peut entraîner des douleurs invalidantes durant plusieurs semaines. A cet égard, l'intimée a soumis une dernière fois le dossier à un autre

médecin-conseil durant la procédure de recours, lequel a rendu un avis le 28 mars 2026. En utilisant les termes de « statu quo ante », le Dr BB._____ a reconnu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 13 décembre 2022 et les gonalgies qui ont suivi cet événement. La date du 26 mai 2023 correspond à la consultation lors de laquelle le Dr Y._____ a retenu le diagnostic de CRPS malgré l'absence de signes cliniques, dès lors qu'il n'avait pas d'autre explication médicale à l'intensité des douleurs dont se plaignait encore la recourante. En d'autres termes, le Dr BB._____ a retenu que l'accident avait entraîné des douleurs incapacitantes, mais que le lien de causalité était rompu à partir du moment où l'ampleur des plaintes douloureuses, et partant leur caractère incapacitant, s'avérait particulièrement disproportionnée au regard de la description de l'événement et de l'évolution de l'état clinique, situation que l'expert du R._____ a qualifiée de « douleurs chroniques » dont le lien de causalité avec l'accident n'était plus que « possible ».

Comme déjà relevé ci-dessus (let. c), les différents médecins et spécialistes consultés par la recourante au-delà du 26 mai 2023 ont repris le diagnostic de CRPS sans le remettre en doute et n'ont donc pas d'explication médicale à la persistance de douleurs de l'intensité décrite par la recourante. A plus forte raison, ces thérapeutes n'ont pas apporté d'élément médical susceptible d'établir, au stade de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'accident assuré et les symptômes rapportés par la recourante postérieurement au 26 mai 2023.

g) Il faut ainsi constater que l'intimée a, à juste titre, nié l'existence d'un CRPS en lien de causalité avec l'accident du 13 décembre 2022. Il faut cependant retenir que l'accident a entraîné des gonalgies justifiant une incapacité de travail jusqu'au 26 mai 2023, si bien que la décision sur opposition litigieuse doit être réformée dans ce sens. Il reste cependant à examiner si l'intimée, qui a maintenu le versement de ses prestations au-delà de cette date, était en droit d'en réclamer la restitution.

6. **a)** Aux termes de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'étendue de

l’obligation de restituer est fixée par une décision dans laquelle l’assureur indique la possibilité d’une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA). Les prestations allouées sur la base d’une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s’est pas prononcée sous l’angle matériel ne peuvent toutefois être répétées que lorsque les conditions d’une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d’une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2).

aa) Selon l’art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l’assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Sont nouveaux, au sens de cette dispositions, les faits qui se sont produits jusqu’au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n’étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c’est-à-dire qu’ils doivent être de nature à modifier l’état de fait qui est à la base de l’arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d’une appréciation juridique correcte.

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n’avaient pas pu être prouvés, au détriment de la personne qui requiert la révision de la décision. Si les nouveaux moyens de preuve sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu’il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu’il faut admettre qu’elle aurait conduit le juge à statuer autrement s’il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c’est que le moyen de preuve ne serve pas à l’appréciation des faits seulement, mais à l’établissement de ces derniers. Il n’y a ainsi pas motif à révision du seul fait que l’administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision

principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 144 V 245 consid. 5.3 ; 127 V 353 consid. 5b ; TF 8C_188/2023 du 31 mai 2024 consid. 3.2). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 1C_244/2026 du 8 septembre 2026 consid. 3.1 ; 8C_778/2021 du 1er juillet 2022 consid. 3.3).

bb) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. La reconsidération est donc soumise à deux conditions : l'importance notable de la rectification et l'existence d'une erreur manifeste. L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, de la non-application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2 : 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1), ainsi que de l'application erronée de la jurisprudence (Margit Moser-Szeless/Jenny Castella, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2e éd., Bâle 2025, n° 72 ad art. 53 LPGA) ; il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1).

b) La procédure de restitution d'une prestation versée à tort implique en principe trois étapes distinctes (Sylvie Pétremand, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2e éd., Bâle 2025, n. 30 ad art. 25 LPGA).

La première décision porte sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision de la décision par laquelle ces prestations ont été initialement allouées sont réalisées au sens de l'art. 53 LPGA, respectivement de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; Pétremand, op. cit., nn. 16 et 29 ad art. 25 LPGA). La deuxième décision concerne la restitution en tant que telle des prestations indûment versées, au sens de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA ; elle comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations et indique une somme déterminée. Le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, deuxième phrase, LPGA est rendue si une telle demande écrite et motivée a été présentée (cf. art. 4 OPGA). L'autorité administrative est toutefois autorisée à regrouper les deux premières étapes dans une seule décision et statuer sur la question des prestations indues, la reconsidération ou révision d'une décision et ordonner simultanément la restitution de l'indu (TF 9C_564/2009 du 22 janvier 2010 consid. 5.3 confirmé par : TF 9C_23/2015 du 17 juin 2015 consid. 2).

7. **a)** En l'espèce, se fondant sur l'expertise du R._____ du 21 janvier 2025, l'intimée a estimé dans sa décision, puis dans sa décision sur opposition, qu'elle avait octroyé à tort des prestations de l'assurance-accidents à la recourante au-delà du 30 décembre 2022 et a fait valoir qu'elle pouvait revenir sur ses versements conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA. A la suite de l'avis de son médecin-conseil du 28 mars 2026, elle a admis que les prestations servies jusqu'au 26 mai 2023 étaient justifiées, les prestations versées au-delà de cette date étant indues.

b) Il est constant que l'intimée a versé des prestations dès l'annonce de l'événement du 13 décembre 2022, lesquelles constituaient autant de décisions rendues selon la procédure simplifiée de l'art. 51 LPGA. Elle a accepté de prester en se fondant sur les rapports médicaux établis par les médecins et spécialistes traitants consultés par la recourante. Ceux-ci ont retenu, dès mai 2023, le diagnostic de CRPS en tant que complication de la chute de l'intéressée sur son genou gauche. L'appréciation de

l'intimée a par ailleurs été confortée par l'avis de son médecin-conseil du 1er juillet 2023.

Comme examiné ci-dessus (consid. 5), l'expertise du R._____ du 21 janvier 2025 a permis de déterminer que le diagnostic de CRPS du genou gauche ne reposait pas sur des critères médicaux reconnus et que les gonalgies chroniques dont se plaignait la recourante ne pouvaient plus être mises en relation avec l'événement assuré. L'existence d'une atteinte à la santé en lien de causalité naturelle avec l'accident est un élément de fait et l'expertise du R._____ constitue un nouveau moyen de preuve, dont la prise en compte est de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Cependant, ce nouveau moyen de preuve n'apporte en réalité pas la preuve d'un fait nouveau. Il s'agit d'une nouvelle appréciation des éléments de fait connus à l'époque, à savoir la persistance de plaintes douloureuses au niveau du genou gauche de la recourante. Le status et les éléments médicaux qui ont amené le spécialiste traitant de l'intéressée à retenir le diagnostic de CRPS étaient connus de l'intimée, qui a par ailleurs obtenu une confirmation de son médecin-conseil. L'expertise du R._____ étant fondée sur les mêmes éléments de preuve qui ont amené l'intimée à verser les prestations, il s'agit d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait.

Il en résulte que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont pas réunies.

c) Quant à l'hypothèse d'une reconsidération, il faut relever que l'erreur d'appréciation n'a été constatée qu'après la mise en œuvre d'une expertise médicale, de sorte qu'elle ne saurait être qualifiée de « manifeste » au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

Par conséquent, les conditions permettant une reconsidération ne sont pas non plus présentes.

d) Ainsi, la restitution des prestations versées postérieurement au 26 mai 2023 ne pouvait pas être réclamée par l'intimée, de sorte que la contestation de la recourante est bien fondée sur ce point.

8. **a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis, dans la mesure de sa recevabilité.

En tant qu'elle porte sur le droit aux prestations, la décision sur opposition doit être réformée en ce sens que le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour l'événement du 13 décembre 2022 a pris fin le 26 mai 2023.

En tant qu'elle porte sur l'obligation de restituer les prestations versées au-delà du 26 mai 2023, la décision sur opposition litigieuse est annulée.

La décision sur opposition peut être confirmée pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est partiellement admis, dans la mesure de sa recevabilité.

II. La décision sur opposition rendue le 8 janvier 2026 par Zurich Compagnie d'assurances SA est réformée, en tant qu'elle porte sur le droit de B._____ à des prestations de l'assurance-accidents pour l'événement du 13 décembre 2022, en ce sens que le droit de la recourante a pris fin le 26 mai 2023. Elle est annulée en tant qu'elle porte sur l'obligation de restituer les prestations perçues indument au-delà de cette date. La décision sur opposition du 8 janvier 2026 est confirmée pour le surplus.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B._____,
- Zurich Compagnie d'assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :