

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christian Chillà, avocat à Lausanne,

et

G. _____, à Martigny, intimée.

Art. 4, 36 et 53 LPGA ; art. 6 LAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], travaillant en tant qu'infirmière auprès de L. _____, est à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de G. _____ (ci-après : G. _____ ou l'intimée).

Le 30 décembre 2007, elle a consulté le centre des urgences de L. _____ à la suite d'un choc frontal de sa jambe gauche contre un lit survenu le 5 décembre 2007. Dans un rapport du 30 décembre 2007, la Dre E. _____, médecin assistante en chirurgie générale aux urgences, a constaté un hématome à la cheville gauche qui était légèrement gonflée et une induration sous la malléole gauche externe. L'assurée signalait la persistance d'une sensation de craquement au niveau de la cheville gauche lors de la marche. Lors de cette consultation, la Dre E. _____ a requis l'avis du consultant de traumatologie, le Dr K. _____, qui a noté « choc tibia gauche contre lit le 5.12 » et a constaté que la mobilité du genou gauche et de la cheville gauche était sans particularité, et qu'il n'y avait pas d'hématome ni de tuméfaction au niveau du genou gauche. Une radiographie de la cheville a été faite qui n'a pas révélé de fracture ou d'arrachement. Ce médecin a retenu le diagnostic de surcharge des tendons péroniers consécutive à une boiterie de compensation. L'assurée s'est vu prescrire des antalgiques et six séances de physiothérapie. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.

Aux termes d'une déclaration d'accident du 18 janvier 2008, l'employeur a annoncé à G. _____ que l'assurée s'était cognée le genou avec un lit le 5 décembre 2007 et qu'elle présentait des douleurs au niveau du genou, du tibia et de la cheville gauche.

Le dossier comporte une note de consultation du 12 mars 2008 du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnant la présence d'un syndrome rotulien tout à fait net avec [réd. : une douleur] intra-patellaire interne sur la patte d'oie et sur le TFL (tenseur du fascia lata). De la physiothérapie était

prescrite et il était signalé qu'une réévaluation interviendrait en cas de besoin.

Le 24 novembre 2008, l'assurée a indiqué à G._____ que le traitement de physiothérapie était terminé depuis la fin de l'été et qu'il n'y avait pas d'autres consultations médicales prévues, précisant qu'elle avait décidé d'attendre de voir l'évolution de sa jambe et que sa cheville n'avait plus été comme avant l'accident.

Dans une note de consultation du 22 juillet 2009, le Dr H._____ a indiqué que l'assurée consultait pour un syndrome douloureux sur le pyramidal gauche accompagné d'un syndrome rotulien fruste et d'une dysfonction sous-talienne, précisant qu'elle était surtout gênée par ses douleurs de fesse. Le traitement consistait en de la physiothérapie.

Après avoir reçu une facture du Dr H._____ relatif à un traitement du 22 juillet 2009, G._____ a interpellé l'assurée, qui a répondu le 25 novembre 2009 que ces troubles au genou gauche n'avaient pas totalement disparus et qu'elle avait toujours mal à la jambe depuis l'accident de 2007, ce qui l'avait conduit à consulter le Dr H._____. Après le traitement en 2008, elle avait voulu attendre que les choses s'arrangent avec le temps, mais qu'elle avait décidé de revoir le Dr H._____ en raison de la douleur. Elle a ajouté qu'il lui avait prescrit neuf séances de physiothérapie et qu'il n'y avait pas d'autre consultation prévue.

Dans un rapport du 3 décembre 2009 à G._____, le Dr H._____ a indiqué que l'assurée présentait un hallux rigidus fonctionnel, un syndrome rotulien fruste et des contractures du pyramidal. Il a posé les diagnostics de syndrome rotulien post-traumatique et de séquelles d'entorse de la cheville gauche. De la physiothérapie avait été prescrite et le traitement terminé le 22 juillet 2009. Il n'y avait pas d'incapacité de travail.

B. Le 8 janvier 2013, l'assurée a été vue par le Dr V._____, chef de clinique à l'hôpital L._____, qui a posé le diagnostic de gonarthrose varisante gauche. L'assurée décrivait des gonalgies médiales présentes en particulier à la marche, avec un périmètre de marche d'environ une heure, et une sensation de jambe qui dévie. Il n'y avait pas de tuméfaction, de blocage, ni de lâchage. A l'examen clinique, il a notamment constaté un varus des membres inférieurs gauches de 10° et une laxité en varus plus importante à gauche qu'à droite, mais pas d'instabilité dans le plan frontal. Il y avait également douleurs à la palpation de l'interligne médiale du genou gauche. La mobilité était symétrique et complète. Les radiographies du genou gauche relevaient une gonarthrose prédominante en fémoro-tibial interne, avec ostéophytose, pincement interligne articulaire, géode, et sclérose sous-chondrale. De la physiothérapie pour renforcement lui a été prescrite et elle était invitée à reprendre des activités physiques sans impact telles que la natation et le vélo, et à stabiliser voire à diminuer son poids. Selon l'évolution, une infiltration pourrait se discuter.

Le 18 janvier 2013, l'employeur a annoncé un début d'arthrose comme une rechute de l'accident du 5 décembre 2007.

Le 2 février 2013, l'assurée a indiqué à G._____ que son genou la lâchait parfois depuis l'accident de 2007, causant des microtraumatismes la faisant reculer dans sa guérison. Le trouble du genou n'avait jamais disparu, mais l'intensité avait changé.

Dans un rapport du 14 février 2013, le Dr V._____ a informé G._____ de la persistance de gonalgies gauches depuis 2007. Selon ses constatations, l'assurée présentait un varus aux membres inférieurs, une laxité en varus ++ à gauche et des douleurs à la palpation de l'interligne médiale. Il a posé le diagnostic de gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche. N'ayant que peu d'informations sur le traumatisme subi en 2007, il lui était difficile de préciser si l'arthrose était post-traumatique ou non. Il a prescrit un traitement par physiothérapie et a recommandé une perte de poids.

Après avoir recueilli le 27 février 2013 l'avis du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil, G._____ a rendu le 4 mars 2013 une décision constatant que les troubles traités dès le 8 janvier 2013 n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 5 décembre 2007 et que la responsabilité de l'assurance-accidents n'était dès lors pas engagée pour ces troubles.

Le 3 avril 2013, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en faisant valoir qu'elle ressentait des douleurs au genou gauche depuis l'accident de 2007, spécialement présentes après l'effort, ayant nécessité la prise régulière d'anti-inflammatoires, et qu'elle n'a jamais eu ce problème avant son accident. Elle se déclarait disposée à voir le médecin-conseil afin qu'il puisse voir sa situation de près.

G._____ a soumis le dossier au Dr W._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie et médecin-conseil, qui a conclu dans un rapport du 3 juin 2013 qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident, l'événement du 5 décembre 2007 avait très largement cessé de déployer ses effets à la date de la rechute annoncée en janvier 2013, la symptomatologie annoncée alors étant en relation avec des troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes et un morphotype en varus sans aucune relation avec l'accident.

Par décision sur opposition du 12 juin 2013, entrée en force, G._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 4 mars 2013.

C. Par déclaration d'accident du 25 mai 2018, l'employeur a annoncé que l'assurée avait subi une foulure/entorse du genou gauche le 8 mai 2018 après avoir glissé sur un marque-page en sortant du lit. Il a signalé une incapacité de travail totale depuis le 9 mai 2018 et une reprise à 50 % le 28 mai 2018.

Dans un rapport du 2 août 2018, le Dr B._____, chef de clinique au département de l'appareil locomoteur de L._____, a indiqué que l'assurée avait consulté la policlinique de traumatologie le 15 mai 2018 à la suite d'un traumatisme minime du genou gauche survenu le 8 mai 2018 qui avait provoqué une récurrence de la douleur de la gonarthrose interne connue. A l'examen, le genou était sec et sans laxité, mais l'assurée présentait des douleurs à la palpation de l'interligne interne plus qu'externe, sans douleur au grinding rotulien. Il a posé le diagnostic de décompensation traumatique d'une gonarthrose interne débutante, en laissant le soin au médecin-conseil de juger de la qualité traumatique de l'événement. Le traitement antalgique et de physiothérapie prescrit était terminé le 3 juillet 2018. Il a attesté d'une incapacité de travail totale du 8 au 27 mai 2018, avec une reprise du travail à 50 % le 28 mai 2018, puis à 100 % le 18 juin 2018.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 20 février 2019, le Dr A._____, radiologue auprès de L._____, a conclu à une rupture ancienne du ligament croisé antérieur (LCA) avec désinsertion et rupture de la corne postérieure du ménisque médial, à une déchirure méniscale longitudinale verticale de la corne postérieure du ménisque latéral, à une arthrose fémoro-tibiale médiane sévère associant chondropathie diffuse, et à une chondropathie de grade II diffuse fémoro-tibiale latérale.

Dans un rapport du 18 avril 2019, les Drs P._____ et J._____, respectivement médecin associé et chef de clinique adjoint au service d'orthopédie et traumatologie de L._____, ont mentionné que l'assurée se plaignait d'une déformation de son membre inférieur gauche, de douleurs prédominantes à gauche lors de la position debout prolongée et lors de la descente des escaliers, ainsi que de douleurs débutantes dans le genou controlatéral droit. Elle présentait à hauteur de son genou gauche : une arthrose fémoro-tibiale interne sur un varus de 24°, une insuffisance chronique du ligament croisé antérieur, une insuffisance du ligament latéral externe, et une rotule basse. Ils ont expliqué la nécessité

de perdre du poids et une option chirurgicale pourrait être bénéfique. Un CT tibia bilatéral était prévu dans le cadre d'un bilan pré-opératoire.

Un scanner des jambes réalisé le 23 mai 2019 n'a pas mis en évidence de lésion traumatique récente ou de lésion osseuse suspecte. La torsion tibiale était mesurée à 20° à droite et à 19° à gauche. A droite, il y avait des remaniements arthrosiques modérés tricompartmentaires du genou, plus marqués en regard du compartiment fémoro-tibial interne. A gauche, étaient présents des remaniements arthrosiques tricompartmentaires du genou plus marqués qu'à droite.

Dans un rapport du 25 juin 2019, le Dr P. _____ a relevé que l'assurée présentait à hauteur des deux genoux une gonarthrose fémoro-tibiale interne, développée dans un contexte de morphotype en varus sévère et de majoration de pente tibiale. Paradoxalement, le genou droit était quasiment asymptomatique, l'essentiel de la symptomatologie étant centrée sur le genou gauche. L'atteinte survenait dans un contexte d'obésité de classe II. Une correction axiale par ostéotomie était envisagée.

Dans un rapport du 6 août 2019, ce médecin a mentionné que l'assurée présentait une gonarthrose fémoro-tibiale interne sévère, caractérisée par une atteinte de stade IV sur les deux versants de l'articulation dans un contexte d'insuffisance du LCA, de morphotype en varus à 25° et de pente tibiale à 24-25°. Étaient également présents une chondropathie de stade III-IV affectant la joue interne de la trochlée fémorale et un kyste poplité postéro-interne. Une intervention chirurgicale était prévue le 21 août 2019 et il a souligné les difficultés d'obtenir une correction adéquate devant l'importance des déviations dans les deux plans présents sur le versant tibial de l'articulation.

Le 21 août 2019, l'assurée a subi une arthroscopie diagnostique, une ménisectomie partielle interne et une ostéotomie biplane du tibia proximal au genou gauche.

Dans un rapport du 9 septembre 2019, le Dr P._____ et la Dre Z._____, médecin assistante au service d'orthopédie et traumatologie de L._____, ont notamment signalé que l'intervention s'était déroulée sans complication et ont attesté un arrêt de travail à 100 % du 21 août au 4 octobre 2019 pour cause de maladie.

L'assurée a été vue le 29 novembre 2019 par le Dr P._____ qui a relevé que les radiographies avaient objectivé un morphotype en valgus à 1.5° pour une pente tibiale à 13.5°, alors que l'assurée présentait un varus préopératoire à 24.5° et une pente tibiale à 24-25°. Le flessum de 10° présent avant l'opération avait par ailleurs disparu. L'évolution paraissait favorable, l'assurée ne consommant plus d'antalgique, et le Dr P._____ estimait qu'elle n'aurait plus de douleurs importantes. Les clichés radiologiques objectivaient une nette progression de la consolidation du foyer d'ostéotomie, sans signe de déplacement secondaire. La physiothérapie se poursuivait et il était attendu un arrêt progressif des cannes. L'arrêt de travail à 100 % se poursuivait et la prochaine consultation était prévue pour le 28 février 2020.

Dans un avis du 24 mai 2020, le Dr F._____ a posé les diagnostics de status après possible entorse du genou gauche le 8 mai 2018, de gonarthrose gauche, varisante, évoluant depuis de nombreuses années, probablement sur incompétence chronique du LCA et de status après traumatisme mineur du membre inférieur gauche. Il a estimé que l'intervention du 21 août 2019 n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 8 mai 2018 et que le statu quo à la suite de la possible entorse était atteint trois mois plus tard, soit en août 2018. Il a précisé que l'événement du 8 mai 2018 semblait avoir décompensé transitoirement l'état du genou ; l'incapacité de travail y relative (maximum 6 semaines) correspondait à une entorse bénigne survenant dans le cadre d'une arthrose déjà bien avancée et connue depuis longtemps. Il a ajouté que dans le rapport du 2 août 2018 du Dr B._____, il était noté que le genou était sec, avec flexion/extension à 140/0/0° et un appareil extenseur compétent, éléments supputant un retour à un status fonctionnel usuel.

Par décision du 15 juin 2020, G._____ a informé l'assurée que la relation de causalité entre ses lésions au genou gauche et l'accident du 8 mai 2018 ne pouvait être admise que jusqu'au 8 août 2018 et que les soins prodigués dès le 9 août 2018 relevaient de la garantie de l'assurance-maladie, précisant qu'elle renonçait à demander le remboursement des prestations versées à tort jusqu'au 31 mai 2019.

Le 30 juillet 2020, l'assurée, représentée par l'avocat Christian Chillà, a formé opposition contre la décision précitée, faisant valoir en substance que les lésions de son genou gauche étaient en lien de causalité avec les accidents de 2007 et de 2018. Elle a ajouté que l'IRM réalisée en 2019 avait permis de constater une rupture du LCA à mettre en lien avec l'accident de 2007 et elle a reproché à G._____ de n'avoir jamais réalisé d'IRM, ce qui aurait pu permettre d'éclaircir la situation, de poser le bon diagnostic et de soigner convenablement le genou. Elle a en outre allégué que la découverte de la rupture ancienne du LCA lors de l'IRM de février 2019 était un fait nouveau qui justifiait la révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013. Elle a demandé une copie du dossier.

Le 13 août 2020, G._____ a adressé le dossier concernant l'événement du 8 mai 2018 à l'assurée, l'informant que celui relatif à l'événement du 5 décembre 2007 lui parviendrait ultérieurement.

Le 4 novembre 2020, elle lui a transmis le dossier de l'accident du 5 décembre 2007 à l'assurée, accompagné des derniers documents obtenus, et lui a accordé un délai au 4 décembre 2020 pour compléter son opposition.

Le 18 novembre 2020, elle lui a fait parvenir les nouvelles pièces médicales reçues dans l'intervalle de L._____.

Le 2 décembre 2020, l'assurée a complété son opposition, alléguant que l'accident de 2007, la rechute de 2013 et l'accident de 2018 étaient intimement liés entre eux et en lien avec son état de santé actuel,

ajoutant qu'elle présentait des douleurs persistantes du genou gauche depuis 2007 qui n'avaient pratiquement jamais cessé. Elle a reproché une nouvelle fois à G._____ de ne pas avoir procédé aux investigations utiles pour exclure le lien de causalité entre l'accident de 2007 et la rechute de 2013 et a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale dans le but de déterminer le lien entre ces événements et l'état de santé actuel.

Le dossier a été soumis au Dr F._____ qui a rendu son rapport le 23 avril 2021.

Par décision sur opposition du 17 août 2021, G._____ a réformé la décision du 15 juin 2020 dans le sens où le rapport de causalité entre les troubles au genou gauche et l'événement du 8 mai 2018 était admis jusqu'au 8 novembre 2018, l'opposition de l'assurée étant rejetée pour le surplus. La décision sur opposition prévoyait en outre qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. Se basant sur l'avis de son médecin-conseil, elle a retenu que l'événement du 8 mai 2018 avait occasionné une distorsion bénigne qui avait décompensé transitoirement l'état du genou gauche et que le statu quo était atteint au plus tard six mois après l'accident. Elle a en outre estimé que la rupture ancienne du LCA mise en évidence en 2019 ne pouvait pas être mise en relation de causalité avec l'événement de 2018, ni celui de 2007, qui était bénin, et qu'il n'y avait pas de motif de révision de la décision du 12 juin 2013.

D. Par acte de son conseil du 17 septembre 2021, M._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens de la continuation de la prise en charge des prestations d'assurances pour les troubles du genou gauche en lien avec les accidents des 5 décembre 2007 et 8 mai 2018, ainsi qu'à l'admission de la demande de révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013 et au renvoi du dossier à l'intimée pour procéder à toute investigation utile en vue de déterminer l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2007 et l'état actuel du genou gauche, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à

l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle a en outre demandé que l'effet suspensif soit accordé au recours. A titre de mesures d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Sur le plan formel, elle soulève un motif de récusation à l'encontre du Dr F._____ et se prévaut d'une violation du droit d'être entendu pour ne pas avoir été informée au préalable du mandat confié au Dr F._____ et pour ne pas avoir reçu son rapport du 23 avril 2021. Elle reproche également à l'intimée de ne pas avoir procédé à des mesures d'instructions supplémentaires en 2013 avant de statuer sur la rechute de l'accident de 2007. Sur le fond, elle conteste en substance le rejet de sa demande de révision et le refus de prester au-delà du 8 novembre 2018, estimant que ses troubles du genou sont en lien de causalité avec l'accident de 2007, la rechute annoncée en 2013 et l'accident de 2018 et que l'intimée ne pouvait pas se baser sur l'avis du Dr F._____ contestant la valeur probante de son rapport.

La demande de restitution de l'effet suspensif au recours a été rejetée par ordonnance du 20 octobre 2021.

Dans sa réponse du 14 décembre 2021, G._____ a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours, à la confirmation de la décision sur opposition du 17 août 2021 et au rejet de toutes autres conclusions de la recourante.

Répliquant le 14 janvier 2022, la recourante a confirmé ses conclusions et réquisitions de preuve.

Le 26 janvier 2022, elle a produit cinq décisions de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) relatives à des indemnités journalières versées pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2020 et du 1^{er} mars 2021 au 15 février 2022 dans le cadre d'un reclassement professionnel, signalant que ces pièces démontraient que l'atteinte au genou n'était pas bénigne.

L'intimée a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 1^{er} février 2022.

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.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 8 novembre 2018 et sur la révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013.

3. Sur le plan formel, la recourante soulève le grief de violation du droit d'être entendu pour n'avoir pas été informée du mandat confié au Dr F. _____ et n'avoir ainsi pas pu faire valoir ses motifs de récusation. Elle reproche également à l'intimée de ne pas lui avoir transmis le rapport du 23 avril 2021 de ce médecin avant de rendre la décision sur opposition contestée.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la

Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante n'a pas eu connaissance de l'avis du 23 avril 2021 du Dr F. _____ avant que la décision sur opposition

attaquée ne soit rendue, ce document lui ayant été transmis en même temps que ledit prononcé. Cela étant, dans le cadre de son recours devant la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen (art. 56 ss LPGGA ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée), la recourante a eu la possibilité d'invoquer ses motifs de récusation à l'encontre de ce médecin, de se déterminer sur le rapport de ce dernier et de faire valoir l'entier de ses moyens. Il convient par conséquent de considérer qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu a été réparée, raison pour laquelle la décision litigieuse ne saurait être annulée pour ce motif. A noter encore que la LPGGA ne prévoit pas l'obligation pour l'assureur d'informer l'assuré lorsqu'il envisage de soumettre le dossier à son médecin-conseil pour appréciation.

4. Dans un autre grief de nature formelle, la recourante fait valoir un motif de récusation à l'encontre du Dr F._____.

a) La récusation en procédure administrative est réglée par l'art. 36 LPGGA, qui prévoit que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1).

L'art. 36 LPGGA vise toutes les personnes impliquées dans l'instruction du dossier qui peuvent avoir une influence sur la décision à intervenir. Il n'est en revanche pas déterminant qu'elles établissent concrètement la décision. Sont ainsi concernés au premier chef les gestionnaires de dossiers auprès des différents assureurs sociaux ainsi que leurs collaborateurs spécialisés (juristes, etc.), mais également les médecins et autres spécialistes, qu'ils appartiennent à l'organisation de l'assureur ou qu'ils fonctionnent dans un service externe (Anne-Sylvie Dupont, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 7 ad art. 36 LPGGA).

b) Les motifs de récusation au sens de l'art. 36 LPGGA correspondent à ceux de l'art. 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968

sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable à titre subsidiaire selon l'art. 55 al. 1 LPGA. En font partie un intérêt personnel au jugement de la cause ainsi que des liens de parenté ou d'amitié avec une partie ou d'autres motifs ayant un poids analogue (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.2 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, ch. 2873 p. 786).

Les motifs tenant à l'organisation interne de l'assureur, par exemple le fait qu'un collaborateur intervienne à plusieurs reprises dans le même dossier, ne sont pas une raison de douter de son impartialité, même si ses avis ont pu être défavorables à l'assuré (Anne-Sylvie Dupont, op. cit., n. 12 ad art. 36 LPGA et les références).

La récusation peut s'imposer même si une prévention effective n'est pas établie ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 132 V 93 consid. 7.1 ; 127 I 196 consid. 2b et les références citées).

c) Il convient tout d'abord de relever que le Dr F. _____ n'est pas un expert indépendant mais a agi en qualité de médecin-conseil, de sorte que la question de la récusation doit être examinée sous l'angle de l'art. 36 LPGA.

La recourante invoque un conflit d'intérêts dans la mesure où le Dr F. _____ est un collègue du Dr H. _____ consulté par elle en 2008 et 2009 auquel elle reproche de ne pas avoir fait d'IRM du genou à la suite de l'accident de 2007.

En novembre 2020, au stade de l'opposition contre la décision du 15 juin 2020, la recourante a eu accès à l'intégralité du dossier relatif aux accidents de 2007 et de 2018, qui contenait en particulier les rapports

des 27 février 2013 et 24 mai 2020 du Dr F._____. Le 2 décembre 2020, elle a complété son opposition sans émettre le moindre grief à l'encontre du médecin-conseil, alors que la décision attaquée se référait expressément à l'appréciation de ce dernier. On peut douter que le motif de récusation ait été invoqué dans le délai, soit dès que la recourante en a eu connaissance, puisqu'elle ne s'en est prévalué que dans le cadre du recours alors qu'elle avait déjà connaissance de l'ensemble des circonstances dont elle se prévaut à tout le moins au stade de l'opposition.

La question de savoir si le motif de récusation a été invoqué tardivement peut rester ouverte dans la mesure où il est infondé.

En effet, les impressions de prévention émises par la recourante ne reposent pas sur des éléments objectifs propres à justifier la récusation du médecin-conseil. Selon les informations figurant sur le site internet de la clinique C._____, cet établissement collabore avec plus de 200 médecins spécialistes, qui exploitent des cabinets différents ; une telle constellation n'est pas de nature à créer l'apparence d'une prévention, dans la mesure où les deux spécialistes n'exploitent pas un même cabinet de groupe. De plus, il paraît contradictoire de fonder son argumentation sur les rapports médicaux du Dr H._____, qui reconnaissait l'existence d'un syndrome rotulien post-traumatique, puis de craindre que le médecin-conseil puisse être influencé par l'avis de ce médecin traitant alors qu'au final il s'en distancie quelque peu.

La recourante soutient encore que le sentiment de partialité serait renforcé par le fait que l'intimée aurait informé les Drs H._____ et F._____ de la procédure à plusieurs reprises sans un réel besoin, précisant à ce propos que le Dr H._____ a été interpellé en 2009 pour fournir des informations au médecin-conseil et a été sollicité une nouvelle fois en 2020 pour qu'il remette le dossier de l'accident de 2007 alors que ces pièces auraient dû figurer au dossier. Or la demande d'informations adressée au Dr H._____ en 2009 peut s'expliquer par le fait que l'intimée avait reçu une facture pour un traitement prodigué en juillet 2009 par ce médecin dont la prise en charge lui était demandée. Il n'y a

non plus rien de surprenant à ce que l'intimée ait à nouveau sollicité le Dr H. _____ en août 2020 en lien avec l'accident de 2007 puisque la recourante avait soulevé en juillet 2020 que ses troubles étaient liés à l'accident de 2007 et avait demandé la révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013 qui écartait un lien de causalité entre l'atteinte du genou et l'accident de 2007. Pour le surplus, il est dans l'ordre des choses qu'une fois sollicité pour une appréciation, l'entier du dossier soit transmis au médecin-conseil. Il peut être ajouté que le fait que le Dr F. _____ soit déjà intervenu en qualité de médecin-conseil par le passé n'est aucunement problématique ; rien ne s'oppose à ce qu'un seul et même médecin-conseil soit consulté à plusieurs reprises dans le cadre d'une situation évolutive.

Enfin, les griefs concernant l'appréciation médicale du Dr F. _____ ne sont pas pertinents pour l'examen de la récusation. Ils ont trait à la valeur probante de son rapport qui sera examinée plus loin et qui doit être appréciée en tant qu'avis du médecin-conseil et non pas comme une expertise indépendante.

5. Il convient à présent de se prononcer sur le fond du litige, étant précisé que le caractère accidentel des événements des 5 décembre 2007 et 8 mai 2018 est admis.

6. 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 en premier lieu, 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, mentale 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, 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).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).]

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

d) 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 [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection 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 et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

(*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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 citée ; 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 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) 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). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

8. Il y a lieu d'examiner si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations le 8 novembre 2018, au motif que les troubles présentés dès cette date n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement du 8 mai 2018.

Selon la déclaration d'accident du 25 mai 2018, la recourante a glissé sur un marque-page en sortant de son lit ce qui aurait provoqué une entorse/foulure du genou gauche et une totale incapacité de travail du 9 au 27 mai 2018, avec une reprise à 50 % dès le 28 mai 2018.

Le rapport médical du Dr B. _____ du 2 août 2018 mentionne, sous « indications du patient, déroulement de l'accident et plaintes », que la recourante a subi le 8 mai 2018 un traumatisme minime du genou gauche provoquant une récurrence de la douleur de sa gonarthrose interne connue. Il pose le diagnostic de décompensation traumatique d'une gonarthrose interne gauche débutante. Il précise qu'il laisse le soin au médecin-conseil de l'intimée de juger de la qualité traumatique de

l'événement. A l'examen clinique, l'assurée présentait des douleurs à la palpation de l'interligne interne plus qu'externe, sans douleur au grinding rotulien. Le Dr B._____ a constaté un genou sec et sans laxité, une flexion/extension de 140-0-0° et un appareil extenseur compétent. Les radiographies révélaient des signes d'une gonarthrose interne gauche connue. Ce médecin a attesté une reprise du travail à 100 % dès le 18 juin 2018 et signalé la fin du traitement au 3 juillet 2018. Son rapport du 18 janvier 2019 fait part des mêmes constatations. Selon ce médecin, il s'agit d'un traumatisme mineur qui a décompensé temporairement la gonarthrose préexistante. Compte tenu de l'évolution favorable, une reprise du travail à 50 % dès le 28 mai 2018 a pu être réalisée, puis à 100 % dès le 18 juin 2018.

Une IRM du genou gauche a été effectuée le 20 février 2019 et a révélé une rupture ancienne du LCA avec désinsertion et rupture de la corne postérieure du ménisque médial, une déchirure méniscale longitudinale verticale de la corne postérieure du ménisque latéral, une arthrose fémoro-tibiale médiale sévère associant une chondropathie diffuse et une chondropathie de grade II diffuse fémoro-tibiale latérale.

Le 18 avril 2019, les Drs P._____ et J._____ évoquent les accidents qui ont eu lieu en 2007 (et non pas 2017 comme mentionné par erreur dans ce rapport) et en 2018 et décrivent l'anamnèse sommairement. Après avoir vu les résultats de l'IRM précitée, ils concluent que la recourante présente une arthrose fémoro-tibiale interne sur un varus de 24°, une insuffisance chronique du ligament croisé antérieur, une insuffisance du ligament latéral externe et une rotule basse. Après avoir expliqué à la patiente la nécessité de perdre du poids, ils lui proposent une intervention chirurgicale consistant en des ostéotomies (ostéotomie de tubérosité tibiale antérieure, ostéotomie de valgisation du fémur distal pour une correction de 8° et une ostéotomie de valgisation du tibia proximal pour une correction de 14°).

Le 8 juillet 2019, le Dr P._____ constate l'existence d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne de grade III à IV développée dans un

contexte de morphotype en varus sévère et de majoration de pente tibiale, au niveau des deux genoux ; il évoque en outre le contexte d'obésité. Il précise que l'essentiel de la symptomatologie est concentré sur le genou gauche, le droit étant asymptomatique, et note que les interventions seront des ostéotomies complexes. Il décrit le genou gauche qui présente une gonarthrose à nette prédominance fémoro-tibiale interne, caractérisée par une chondropathie de stade IV, une érosion de l'os sous-chondrale marquée à hauteur de la partie postérieure du plateau tibial interne, une atteinte chondrale de stade III à IV affectant la joue interne de la trochlée fémorale, un kyste poplité postéro-interne, ainsi qu'une insuffisance chronique du ligament croisé antérieur. Il constate également une rotule basse, une pente tibiale à 24-25°, et un morphotype en varus à 25 degrés. Une distension ligamentaire externe est également mise en évidence. A ce propos, il précise que des clichés radiographiques dynamiques comparatifs entre les deux genoux n'avaient pas objectivé de différentiel significatif dans l'ouverture de l'interligne fémoro-tibiale externe entre les deux genoux, les deux côtés présentant très probablement une atteinte similaire. La réduction du varus sous clichés dynamiques en valgus forcé suggère que la distension externe et l'érosion interne contribuent pour 5 à 6° de déviation en varus. Il résulte de ce qui précède l'absence de lésion traumatique mais uniquement des atteintes dégénératives en lien avec le problème de morphotype en varus qualifié de sévère. Le 6 août 2019, le Dr P. _____ rappelle que la gonarthrose fémoro-tibiale interne sévère dont souffre la recourante est caractérisée par une atteinte de stade IV sur les deux versants de l'articulation dans un contexte d'insuffisance du LCA, de morphotype en varus à 25° et de pente tibiale à 24-25°.

L'intervention chirurgicale a eu lieu le 23 août 2019. Le protocole opératoire fait état de déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne dans un contexte de méniscopathie avec flaps méniscaux instables ; la déchirure complexe des 2/3 centraux de la corne postérieure du ménisque interne est constatée postopératoire ; il est précisé que la résection emporte les 2/3 à 3/4 centraux de la corne postérieure.

Le 9 septembre 2019, les Drs P. _____ et Z. _____ indiquent que la cause de l'arrêt de travail est la maladie.

Le 22 janvier 2020, le Dr P. _____ justifie l'intervention en indiquant que la recourante présentait un varus préopératoire de 24,5° et une pente tibiale à 24-25°, corrigés en postopératoire à 1,5° de valgus avec une pente réduite à 13,5°. Dans tous ses rapports médicaux, bien qu'il ait eu connaissance des accidents survenus en 2007 et 2018, il ne lie jamais les atteintes à ces événements mais bien à la morphologie de la recourante.

Le 24 mai 2020, le Dr F. _____ répond négativement à la question de savoir si l'intervention du 21 août 2019 est en lien de causalité avec l'accident du 8 mai 2018. Il précise que l'ostéotomie est en lien avec la gonarthrose préexistante, contestant le terme de « débutante » donné par le Dr P. _____ à la gonarthrose qui était déjà avancée en 2013. Il conclut que l'événement du 8 mai 2018, correspondant à une entorse bénigne dans le cadre d'une arthrose déjà bien avancée, a décompensé transitoirement l'état du genou et que le statu quo est arrivé à terme trois mois après l'événement, soit en août 2018.

Interpellé à nouveau par l'intimée, le Dr F. _____ confirme son appréciation dans un rapport du 23 avril 2021, après avoir repris l'ensemble des pièces médicales en commentant les radiographies, en particulier l'IRM du genou du 20 février 2019 qui révèle une déchirure complexe du ménisque interne survenant dans un cadre de dégénérescence centrale étendue touchant la quasi-totalité du ménisque, lequel est en grande partie extrus, hors zone de charge, et refoule considérablement le ligament latéral interne. Il observe également un œdème médullaire marginal du plateau tibial, reflet d'un syndrome d'hyperpression (arthrose), ainsi qu'une méniscopathie externe stade I-II (3/3 postérieurs). Il note également que le LCA est rudimentaire (moignon proximal) ainsi que la présence d'un ostéophyte du bord latéral de

l'échancrure. Il relève ensuite que l'événement du 8 mai 2018 a consisté dans une action vulnérante de faible envergure sur le genou gauche, la première consultation n'ayant eu lieu qu'une semaine plus tard et l'examen n'ayant objectivé aucun épanchement, enflure ou hématome régional. Ces éléments cliniques écartent selon lui avec une très haute vraisemblance une lésion articulaire aiguë. Il rappelle que le traumatisme est survenu dans le cadre d'une gonarthrose sévère dans un contexte d'un genu varum particulièrement important. Elle touche surtout le compartiment interne, siège d'une usure avancée du cartilage et du ménisque interne qui ne remplissait plus son rôle amortisseur puisqu'expulsé de la zone de charge. Il rappelle également que la gonarthrose est bilatérale. Concernant la déchirure ancienne du LCA mise en évidence lors de l'IRM du 20 février 2019, il en exclut l'origine accidentelle, expliquant qu'une déchirure du LCA peut faire suite à un traumatisme conséquent avec la clinique usuelle d'un épanchement significatif, souvent invalidant, et d'une laxité pathologique qui s'installe à court terme, ce qui ne fut manifestement pas le cas en l'occurrence. Il retient qu'en l'espèce, il est hautement probable que la déchirure du LCA se soit constituée progressivement à cause de la déformation très importante du genou, suffisamment sévère pour générer des contraintes particulièrement anormales sur le pivot central et à cause également de l'ostéophytose de l'échancrure, qui est une conséquence de l'arthrose susceptible de générer un conflit chronique avec le LCA. Il conclut, sur la base de l'ensemble des éléments radio-cliniques, que l'événement du 8 mai 2018 a été responsable d'une contusion/distorsion bénigne du genou qui cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours ou semaines, un éventuel hématome ou un œdème post-contusionnel se résorbant dans ce délai. En présence de troubles dégénératifs sous-jacents ou troubles de surmenage, qui peuvent ralentir quelque peu la récupération fonctionnelle, le délai de résorption peut aller jusqu'à trois mois, voire six mois si ces troubles sont importants, par exemple en cas de gonarthrose avancée ou obésité morbide. Au-delà de ce délai, et sans preuve ou haute vraisemblance d'une lésion structurelle émanant de l'événement traumatique, les troubles persistants sont dus à une autre cause.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée et convaincante du Dr F._____, qui remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante, et qui n'est pas mise en doute par les autres pièces médicales du dossier.

9. La recourante demande la révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013, par laquelle l'intimée a refusé d'octroyer des prestations pour la rechute annoncée le 18 janvier 2013, faute de lien de causalité avec l'événement accidentel du 5 décembre 2007.

a) Il convient d'entrée de cause de relever que la demande de révision a été traitée directement dans la décision sur opposition relative à l'accident du 8 mai 2018, sans avoir fait l'objet d'une décision formelle préalable sujette à opposition. Le droit d'être entendu de la recourante a été violé, puisqu'elle n'a pas pu se déterminer sur le refus de sa demande de révision auprès de l'intimée. Cela étant, il y a lieu de constater que les problématiques visées par la décision sur opposition entreprise sont étroitement liées, la recourante soutenant que ses troubles actuels au genou sont en lien de causalité aussi bien avec l'accident de 2007, qu'avec celui de 2018 et la rechute de 2013. Par ailleurs, cette violation a été réparée devant la Cour des assurances sociales, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen et devant laquelle la recourante a pu faire valoir l'entier de ses moyens, dans le cadre d'un double échange d'écritures, si bien que la décision attaquée n'a pas à être annulée pour ce motif, ce qui n'est du reste pas demandé par la recourante.

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

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision

administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Sont nouveaux, au sens de ces 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 établir 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 partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3).

La révision procédurale est soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, ainsi qu'à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. TF 8C_434/2011 du 8 août 2011 consid. 3, *in* SVR 2012 UV n° 17 p. 63).

c) Le 30 juillet 2020, la recourante a demandé la révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013 de l'intimée, en se prévalant de la découverte d'une ancienne déchirure du LCA révélée lors d'une IRM réalisée en février 2019 et qui, selon elle, démontrerait que ses troubles actuels du genou sont en lien de causalité avec l'accident du 5 décembre 2007.

On peut douter de la recevabilité de la demande de révision, qui a été présentée plus d'une année après la découverte de la déchirure du LCA. D'autant plus que la découverte de la rupture du LCA en février 2019 ne semble pas être un fait nouveau ouvrant la voie de la révision dès

lors que le rapport d'IRM ne permet pas de dater la déchirure du LCA et qu'aucune pièce du dossier ne permet de lier, au degré de la vraisemblance prépondérante, cette atteinte à l'accident survenu onze ans plus tôt.

La question de la recevabilité de la demande de révision peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où la découverte de cette lésion n'est pas de nature à modifier le bien-fondé de la décision sur opposition du 12 juin 2013 niant l'existence d'une rechute de l'accident du 5 décembre 2007, comme il sera vu ci-dessous.

d) Le 18 janvier 2013, la recourante a annoncé une arthrose comme rechute de l'accident de 2007, après avoir consulté le Dr V. _____ le 8 janvier 2013 qui, après un examen clinique et radiologique, pose le diagnostic de gonarthrose varisante, précisant ne pas pouvoir se prononcer sur le lien de causalité entre cette atteinte et l'accident de 2007. Se déterminant sur cette question le 26 février 2013, le Dr F. _____ ne retient pas de lien de causalité entre les troubles de 2013 et l'accident de 2007. Sur cette base, l'intimée a rendu, le 4 mars 2013, une décision refusant de prester compte tenu de la lésion subie lors de l'accident de 2007 et l'absence de traitement durant presque quatre ans. Dans le cadre de l'opposition de la recourante à la décision précitée, l'intimée a sollicité l'avis du Dr W. _____.

Le 3 juin 2013, ce médecin relève qu'à la suite de l'accident de 2007, le traitement avait été conservateur, de la physiothérapie ayant été prescrite à la recourante. Elle avait consulté par la suite le Dr H. _____, qui avait retenu les diagnostics de syndrome rotulien post-traumatique et de séquelles d'entorse de la cheville gauche, et le traitement auprès de ce médecin s'était terminé fin juillet 2009. Il n'y a ensuite plus eu de traitement jusqu'au début de l'année 2013, et il rappelle qu'un état dégénératif, soit une gonarthrose fémoro-tibiale interne et un trouble du morphotype, sous forme d'un varus des membres inférieurs, ont été rapportés par le Dr V. _____. Il conclut qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident, l'événement du 5 décembre 2007 avait

très largement cessé ses effets à la date de la rechute annoncée en janvier 2013 ; la symptomatologie annoncée en 2013 était en relation avec des troubles dégénératifs et un morphotype sans relation de causalité avec l'accident.

Après que la recourante a demandé la révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013, le dossier a été soumis au Dr F. _____ qui conclut également que les troubles du genou traités dès le 8 janvier 2013 ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2007. Il relève que l'événement du 5 décembre 2007 était relativement bénin puisque la première consultation n'a eu lieu que trois semaines plus tard, seule la problématique de la cheville gauche était mentionnée et avait fait l'objet d'investigations par radiographies, une fracture avait pu être écartée, le traitement fut symptomatique et aucune incapacité de travail n'avait été prescrite. Il explique ensuite qu'une contusion/distorsion bénigne d'une cheville, tout comme une contusion/distorsion du genou, cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, voire après quatre à six semaines, un délai de six mois maximums pouvant être retenu en présence de troubles dégénératifs ou dysfonctionnels très importants. Au vu des circonstances, le lien de causalité entre l'événement de 2007 et la gonarthrose, qui est bilatérale dans un contexte d'une déformation en varus sévère des membres inférieurs, accentuée par une surcharge pondérale importante, est selon lui tout au plus possible, mais certainement pas probable. En outre, comme vu précédemment, il explique de manière étayée les raisons pour lesquelles la rupture du LCA ne peut pas être rattachée à l'accident de 2007, mais plutôt à l'importante déformation des genoux qui présentent des troubles dégénératifs.

La recourante reproche au Dr F. _____ d'avoir retenu que l'accident de 2007 n'avait provoqué que des troubles à la cheville gauche et d'avoir fait abstraction du fait qu'elle s'était plainte de douleurs au genou gauche à l'époque. Elle allègue aussi que le médecin-conseil fonde son appréciation sur le caractère bénin de l'événement de 2007 et conteste cette qualification de l'accident.

Le caractère bénin de l'accident n'est pas contestable, puisqu'il s'agissait d'un choc de la jambe contre le lit ayant entraîné un hématome à la cheville et une simple contusion au genou sans aucune incapacité de travail. Le Dr W. _____ a lui aussi qualifié l'accident de bénin le 3 juin 2013. Rien au dossier ne permet de contester cette qualification. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend la recourante, le Dr F. _____ n'a pas basé son appréciation sur les seules circonstances de l'accident, mais a procédé à une analyse détaillée de l'ensemble de la situation, sur la base de l'entier des pièces du dossier, et en tenant compte des pathologies particulièrement sévères de la recourante aux deux genoux dans un contexte d'obésité. Il peut aussi être relevé que le Dr F. _____ a pris en considération les plaintes relatives au genou pour son appréciation, puisqu'il mentionne notamment les rapports du Dr H. _____ des 12 mars 2008 et 22 juillet 2009 qui font état d'un syndrome rotulien.

A relever encore que les observations du médecin-conseil au sujet de la prise en charge médicale initiale de la recourante sont corroborées par les pièces versées au dossier. Si la déclaration de sinistres mentionne effectivement des douleurs au genou gauche, le rapport de consultation du 30 décembre 2007 de la Dre E. _____ mentionne un choc frontal d'un lit en marchant sur la jambe gauche. Sous la rubrique « plaintes à l'entrée », il est indiqué l'absence de douleur mais un craquement au niveau de la cheville gauche. Les plaintes enregistrées par ce médecin concernent uniquement la cheville gauche. Du reste, des radiographies de la cheville gauche ont été réalisées qui n'ont pas révélé de fracture ou d'arrachement. La Dre E. _____ pose le diagnostic de surcharge des tendons péroniers à la suite d'une boiterie de compensation. Dans son rapport du 30 décembre 2007, le Dr K. _____ mentionne quant à lui un choc du tibia contre le lit et indique que la mobilité du genou gauche est sans particularité, sans hématome ni gonflement. Il retient le même diagnostic que la Dre E. _____. Il ne résulte pas des avis médicaux que le genou aurait fait l'objet de soins particuliers à cette époque. Le Dr H. _____, lors de sa consultation du 12 mars 2008, constate un syndrome rotulien tout à fait net avec un intra-

patellaire interne sur la patte d'oie et sur le TFL. Le 22 juillet 2009, ce médecin décrit toujours un syndrome rotulien et précise que le traitement est terminé le 22 juillet 2009 ; il n'y a pas d'incapacité de travail selon son rapport du 3 décembre 2009.

Il résulte de l'ensemble de ces pièces que la recourante a consulté trois semaines après l'accident, qu'aucune atteinte n'a été constatée au genou gauche, que ce dernier ne souffrait pas de problème de mobilité, n'avait pas engendré d'incapacité de travail, ni aucun traitement particulier. En mars 2008, un traitement par physiothérapie a été prescrit par le Dr H._____ pour un syndrome rotulien et ce traitement était terminé à fin juillet 2009. Il n'y a pas non plus eu d'incapacité de travail à cette époque et l'état du genou n'a pas nécessité de poursuite du traitement, ni aucun suivi médical par la suite jusqu'à la consultation auprès du Dr V._____ plus de trois ans plus tard.

Dans ce contexte, on ne saurait reprocher aux médecins de l'époque, et en particulier au Dr H._____, ni d'ailleurs à l'intimée de ne pas avoir requis d'IRM à l'époque, ni en 2013 lors de l'annonce d'une gonarthrose comme rechute de l'accident du 5 décembre 2007. Le grief de violation du devoir d'instruction est infondé.

On peut ajouter à cela, comme l'a noté le Dr F._____ en 2013, qu'au vu l'absence de plaintes et de prise en charge médicale durant quatre ans après le constat du syndrome rotulien, le lien de causalité entre l'accident de 2007 et la rupture du LCA plaidé par la recourante n'est pas convaincant. Par ailleurs, l'IRM de 2019 révèle certes la présence d'une rupture ancienne du LCA mais le Dr F._____ se prononce sur son origine malade hautement probable dans son appréciation circonstanciée de 2021, qui est convaincante et qui tient compte de l'évolution de l'état du genou et du contexte, comme discuté précédemment. Aucun avis médical ne soutient l'affirmation de la recourante selon laquelle cette rupture serait due à l'accident bénin de 2007.

La recourante soutient encore que les décisions de l'OAI prouveraient que ses atteintes au genou sont tout sauf bénignes. Or l'importance des atteintes n'est pas niée mais la responsabilité en assurance-accidents ne doit porter que sur les atteintes qui sont en lien de causalité à tout le moins probable avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce, alors que l'assurance-invalidité couvre l'ensemble des atteintes invalidantes sans égard à leurs origines. Les pièces produites émanant de l'OAI ne sont dès lors pas déterminantes pour l'issue de la cause.

Comme vu plus haut, le lien de causalité tout au plus possible entre l'accident de 2007 et la gonarthrose annoncée lors de la rechute 2013 a été motivé de manière convaincante par le Dr F._____, en toute connaissance de cause, et n'est pas contredit par les avis médicaux au dossier.

Au vu de ce qui précède, il n'y a aucun motif de révision de la décision sur opposition du 12 juin 2013.

10. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par une expertise médicale (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a).

11. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 17 août 2021 par G._____ est confirmée.
- 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 :

- Me Christian Chillà (pour la recourante),
- G._____,
- 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 :