

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Piguet et Oulevey, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante,

et

N. _____ **SA**, à [...],

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____, née le 19 avril 1978, de nationalité irlandaise, était employée en qualité de nourrice auprès d'une famille anglophone à [...] depuis le 23 août 2022.

Le 16 janvier 2023, alors qu'elle rapportait des courses pour son employeur, elle a fait une chute sur une pente verglacée, sans possibilité de se rattraper avec les mains, avec réception sur le genou droit.

Elle n'a pas immédiatement consulté un médecin.

B. Le Dr R._____, médecin généraliste, a reçu l'assurée en consultation le 20 janvier 2023 et posé le diagnostic de contusion osseuse de la rotule droite, après examen clinique, neurologique et radiographies. Il a signé un arrêt de travail de cinq jours et prescrit une IRM [imagerie par résonance magnétique] le 24 janvier 2023.

Le rapport du 25 janvier 2023 de l'IRM réalisée le jour précédent, exposait que les status ligamentaire, méniscal, articulaire et cartilagineux étaient normaux et le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a confirmé le diagnostic du Dr R._____, en ce sens qu'il a conclu à une contusion osseuse patella droite sans lésion cartilagineuse fémoro-patellaire en regard.

Le 27 janvier 2023, le Dr R._____ a prolongé de quatre jours l'arrêt de travail.

Au motif que sa patiente se montrait « hyperalgique » et avait déclaré avoir besoin de béquilles, le Dr R._____ a, à nouveau, prolongé l'arrêt de travail de vingt et un jours supplémentaires, à dater du 1^{er} février 2023.

Le 20 février 2023, le médecin précité a reçu une demande de prolongation d'arrêt de travail par courriel de sa patiente qui décrivait des douleurs et exposait être en [...] auprès de sa mère. Le lendemain, le Dr R._____ a signé un nouvel arrêt de travail de huit jours sans avoir vu sa patiente et ainsi sans examen clinique.

Par lettre non datée, l'employeur a mis fin, d'un commun accord (« *as mutually agreed* »), à la relation de travail avec P._____ avec effet au 27 février 2023.

Le 28 février 2023, l'assurée a consulté le Dr U._____, médecin généraliste à [...] ([...]), lequel a rempli un formulaire intitulé « certificat médical d'accident du travail ». Ce médecin a indiqué sous « constatations détaillées » : « contusion genou droit (kiné en cours) ». Il a signé un arrêt de travail jusqu'au 31 mars 2023 et autorisé les sorties. Le remplaçant de ce médecin, le Dr D._____, a examiné la patiente le 30 mars 2023 et prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 19 avril 2023, au motif de la « poursuite de la prise en charge médicale de la contusion de son genou droit ».

Par certificat médical d'accident du travail du 30 mars 2023, le Dr U._____ a prolongé d'un mois l'incapacité de travail de l'assurée, jusqu'au 30 avril 2023, mentionnant toujours dans la rubrique « constatations détaillées » : « contusion genou droit, sans complément ».

L'intimée a adressé un questionnaire au Dr R._____ le 31 mars 2023, concernant notamment le diagnostic et les traitements effectués et à effectuer. Ce médecin a retourné le questionnaire rempli le 7 avril 2023, mentionnant une contusion osseuse de la rotule droite, et a certifié d'une incapacité de travail totale jusqu'au 4 mars 2023. Il a jugé que le traitement serait terminé dix semaines plus tard.

Par certificat médical d'accident du travail du 1^{er} mai 2023, le Dr U._____ a évoqué le diagnostic de « syndrome fémoro-patellaire genou droit (fissure patella) » et a signé un nouvel arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2023.

Dans un autre document, qui ne correspond pas au formulaire pour accident utilisé jusque-là, daté également du 1^{er} mai 2023, le Dr U._____ a signé un arrêt de travail pour une durée de deux mois, sans en spécifier ni le motif, ni la date de fin de cet arrêt, et a indiqué se référer à une consultation du 15 mai 2023 (sic).

Dans un rapport d'IRM du genou droit daté du 12 mai 2023 du Dr G._____, médecin auprès de l'institut IRM Gare de [...] à [...], il est fait état d'une chondropathie fémoro-patellaire avec modification du signal du cartilage de recouvrement, sans altération du signal de l'os sous-chondral, d'un pivot central intègre et d'un petit remaniement dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne. Il est en outre retenu une absence de lésion méniscale traumatique.

Le 30 mai 2023, le Dr U._____ a signé un certificat, sur feuille libre, mentionnant des gonalgies persistantes et un syndrome anxieux en lien avec les douleurs, mais n'a pas attesté d'une incapacité de travail.

Le cas a été soumis au médecin-conseil de la N._____SA (ci-après : la [...] ou l'intimée), le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 5 juin 2023. Ce médecin a posé les diagnostics de contusion du genou droit, de chondropathie fémoro-patellaire débutante au genou droit et de méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Il a exclu une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA puisque la notion d'accident avait été retenue et a souligné des éléments étrangers à l'événement, singulièrement l'arthrose fémoro-patellaire débutante et la méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne. Il a également exclu, sans réserve, tout lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 16 janvier 2023. Il a précisé qu'après consultation de l'IRM du 12 mai 2023, il n'avait identifié aucune lésion traumatique fraîche et que la chondropathie, à savoir un état préarthrosique fémoro-patellaire associé à une méniscopathie,

constituait un status antérieur. Compte tenu de ce status antérieur peu avancé, la contusion accidentelle du 16 janvier 2023 devait être rétablie six semaines plus tard, à savoir le 27 février 2023.

C. Par décision du 5 juin 2023, la N._____SA a exposé qu'elle avait soumis à son médecin-conseil le point de savoir dans quelle mesure les troubles que l'assurée présentait encore au genou droit nécessitaient la poursuite d'un traitement médical ainsi qu'une incapacité de travail en tant que suites de l'événement du 16 janvier 2023, et qu'au terme de l'examen du dossier médical, l'existence d'un lien de causalité suffisant entre l'accident et les troubles actuels n'était pas démontré. L'assureur a ainsi déclaré mettre un terme à la prise en charge, la suite relevant de l'assurance-maladie. La N._____SA se fondait sur l'avis de son médecin-conseil admettant un *statu quo sine* six semaines après l'accident. La fin de la prise en charge était ainsi fixée au 27 février 2023, mais la N._____SA renonçait à requérir le remboursement des indemnités-journalières déjà versées jusqu'au 30 avril 2023. Une copie de la décision a été envoyée à l'assureur-maladie, dès lors qu'il lui incombait d'assumer les frais du traitement médical postérieur au 27 février 2023.

Par courrier du 29 juin 2023, P._____ a fait opposition, exposant que la seconde IRM avait mis en évidence une fissure du cartilage de la patella. Elle a joint à son envoi un arrêt de travail signé par le Dr R._____ le 12 juin précédent, prolongeant de trente jours l'arrêt de travail, sans autre explication que celle de « l'état de santé ».

Le cas a été, à nouveau, soumis au médecin-conseil, le Dr Y._____, le 18 juillet 2023. Ce dernier a rendu un nouveau rapport, exposant avoir relu les images des deux IRM. Si le Dr K._____ ne décrivait pas d'atteinte dégénérative, ni d'ailleurs traumatique, les images permettaient de visualiser un état dégénératif du cartilage fémoro-patellaire qui constituait le status antérieur. Le Dr Y._____ a ainsi maintenu sa position.

D. Par décision sur opposition du 10 août 2023, la N._____SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 5 juin 2023.

E. Par acte du 14 septembre 2023, P._____ forme un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle se plaint de ce que la N._____SA s'est fondée sur le seul avis de son médecin-conseil, qui a une lecture différente de l'IRM que le spécialiste radiologue, et considère que le délai de guérison de six semaines est théorique et abstrait, exposant qu'elle commence à se remettre six mois après son accident. Elle soutient que même s'il devait être établi que des lésions dégénératives étaient préexistantes, le médecin-conseil ne s'est prononcé que sur le délai de guérison de la contusion, sans tenir compte de la convalescence nécessaire, eu égard à l'éventuelle aggravation par l'accident de lésions préexistantes. Elle estime que l'accident a provoqué l'atteinte dommageable prépondérante, en sorte qu'il doit être à la charge de la N._____SA aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli.

Par réponse du 19 octobre 2023, l'intimée conclut au rejet du recours, exposant que la chondropathie fémoro-patellaire constitue un état maladif préexistant à l'accident et que cet événement a seulement momentanément décompensé la situation.

Dans sa réplique du 20 novembre 2023, la recourante réitère que même si elle souffrait de lésions dégénératives préexistantes, le médecin-conseil n'explicite pas sur quels éléments concrets il s'est fondé pour conclure, avec une vraisemblance prépondérante, que les suites de l'accident ne pouvaient s'étendre au-delà du délai théorique de six semaines, compte tenu également d'autres facteurs et de la situation concrète.

Par duplique du 13 décembre 2023, l'intimée confirme que l'atteinte dégénérative est préexistante à l'accident et que selon l'expérience médicale, un délai de six semaines suffit pour se rétablir

d'une contusion, la nécessité d'un délai plus long et d'une chirurgie étant imputable à l'atteinte dégénérative uniquement.

Le 2 février 2024, la recourante dépose encore des déterminations, confirmant ses conclusions et arguments.

En cours de procédure, la recourante a produit diverses nouvelles pièces médicales, à savoir un rapport succinct d'examen clinique du Dr M. _____ du 2 février 2024, orthopédiste à l'hôpital de [...] ([...]), un rapport de situation de sa physiothérapeute, daté du 25 septembre 2023, une reprise du travail signée par le Dr R. _____ le 21 octobre 2023, ainsi qu'un courrier du 28 août 2023 de ce même médecin, dans lequel il évoque une confusion du médecin-conseil sur la lecture de l'IRM réalisée le 24 janvier 2023 par le Dr K. _____.

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 (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA) 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 à la prise en charge par l'intimée du traitement médical de son genou droit et au versement des indemnités journalières pour la période postérieure, respectivement

au 27 février 2023 et au 30 avril 2023, en lien avec l'évènement du 16 janvier 2023.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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'évènement 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 droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) 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). 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_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.4 ; 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 d'un 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).

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 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 l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Selon une jurisprudence constante, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, 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 ; arrêt TF 8C_112/2023).

Les pièces nouvelles produites par l'assurée en cours de procédure sont toutes postérieures à la décision sur opposition litigieuse et ne peuvent ainsi en principe pas être déterminantes pour statuer sur le recours.

5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'évènement du 16 janvier 2023 – lors duquel l'assurée a subi une chute sur une pente verglacée – est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. L'évènement a, à ce titre, été pris en charge par l'intimée. Est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et les gonalgies durables de l'assurée, à tout le moins les troubles persistants après six semaines, leur imputabilité de manière prépondérante à l'accident du 16 janvier 2023, et, ainsi, la prise en charge par l'intimée des suites de cet accident, en particulier au-delà du 27 février 2023, respectivement le versement d'indemnités journalières après le 30 avril 2023. Cette question doit être examinée à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA, point qui n'est d'ailleurs pas contesté.

L'intimée, fondée sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr Y. _____ au demeurant spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, considère que la chute, dont a été victime la recourante, n'a entraîné qu'une contusion osseuse, en se référant aux IRM réalisées lesquelles n'ont mis en évidence aucune lésion traumatique. La recourante soutient, pour sa part, que l'accident a entraîné davantage de lésions qu'une contusion et que la chondropathie fémoro-patellaire actuelle est la résultante de sa chute, rappelant qu'elle n'avait aucune atteinte préexistante et qu'aucune atteinte dégénérative n'avait été mise en évidence avant. Elle soutient subsidiairement que dans l'hypothèse où des atteintes dégénératives devraient être retenues, celles-ci doivent être tenues pour secondaires, en sorte que les douleurs persistantes sont imputables de manière prépondérante à l'accident.

Il ressort des pièces médicales du dossier que le Dr R. _____, médecin généraliste qui a reçu l'assurée en consultation le 20 janvier 2023, a posé le diagnostic de contusion osseuse de la rotule droite, après examen clinique, neurologique et radiographies. Il a signé un arrêt de travail de cinq jours et prescrit une IRM le 24 janvier 2023. L'IRM réalisée par le Dr K. _____ faisait état de status ligamentaire, méniscal, articulaire et cartilagineux normaux, de sorte que ce médecin a confirmé le diagnostic du Dr R. _____, en ce sens qu'il a aussi conclu à une contusion osseuse patella droite sans lésion cartilagineuse fémoro-patellaire en regard. Il n'a certes pas signalé d'atteintes de nature dégénérative dans son rapport, singulièrement préexistantes à l'accident, mais l'IRM a été réalisée dans le contexte des suites immédiates de l'accident et n'avait pas pour but de décrire de manière exhaustive l'état du genou de la patiente. Force est de constater que l'ensemble des prolongations de l'arrêt de travail, tant du Dr R. _____ que du Dr U. _____ et de son remplaçant le Dr D. _____, confirme que le diagnostic unique est celui de contusion osseuse. Il n'en va pas différemment dans le questionnaire auquel a répondu le Dr R. _____ le 31 mars 2023. Ce médecin a encore attesté, le 7 avril 2023, une contusion osseuse de la rotule droite.

A la lecture des pièces au dossier, on constate que ce n'est que le 1^{er} mai 2023, à savoir trois mois et demi après l'accident et deux mois après la date de rétablissement fixée par le Dr Y. _____ qu'apparaît pour la première fois un autre diagnostic, c'est-à-dire le syndrome fémoro-patellaire au genou droit (fissure patella) (cf. certificat du 1^{er} mai 2023 du Dr U. _____). Le Dr U. _____ cesse au demeurant, dès cette date, de signer des arrêts de travail sur le formulaire « certificat médical d'accident du travail » utilisé jusque-là. Le nouveau diagnostic posé - à l'origine des douleurs ressenties par sa patiente et ainsi des arrêts de travail - n'est pas documenté comme étant en lien de causalité avec l'accident du 16 janvier 2023.

Le rapport d'IRM du genou droit daté du 12 mai 2023 du Dr G. _____, confirme l'appréciation des médecins de l'assurée, en ce sens qu'il ne retient aucun diagnostic traumatique, mais uniquement des atteintes dégénératives. Il constate une « chondropathie fémoro-patellaire avec modification du signal du cartilage de recouvrement, sans altération du signal de l'os sous-chondral, avec intégrité du pivot central et petit remaniement dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne ». Il ne décrit aucune séquelle traumatique et en particulier, il exclut une lésion méniscale traumatique.

Le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assureur, a été appelé afin de décrire précisément l'état du genou droit de l'assurée et de se prononcer sur la question de l'incidence de l'accident du 16 janvier 2023 sur le genou de celle-ci. Ce médecin a posé trois diagnostics, à savoir une contusion du genou droit, une chondropathie fémoro-patellaire débutante au genou droit, ainsi qu'une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, en soulignant les éléments étrangers à l'événement, singulièrement l'arthrose fémoro-patellaire débutante et la méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne. Il a exclu, sans réserve, tout lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 16 janvier 2023, ce qui rejoint l'avis des médecins traitants de l'assurée,

puisqu'aucun ne retenait plus la contusion osseuse comme un motif d'incapacité de travail depuis le mois de mai 2023. Le médecin-conseil, tant dans sa première appréciation que la seconde, a soigneusement examiné les images IRM et confirmé que celles du 12 mai 2023 n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique fraîche mais la présence d'une chondropathie, état préarthrosique fémoro-patellaire associé à une méniscopathie, qui constituait un status antérieur, ce que, du reste, l'imagerie du 24 janvier 2023 avait déjà permis de constater, en dépit du silence du Dr K. _____ sur ce point. C'est le lieu de rappeler que ce dernier médecin n'avait à se prononcer que dans le contexte d'un accident et que son intervention se limitait à exclure une autre lésion traumatique que celle suspectée par le Dr R. _____ de contusion de la rotule.

Il ressort en définitive des arrêts de travail successifs et de leur chronologie, ainsi que des rapports d'IRM des Drs K. _____ et G. _____, que tous les médecins consultés par l'assurée posent unanimement, dans les semaines suivants l'accident, le diagnostic de contusion osseuse, sans lésion ligamentaire, nerveuse, cartilagineuse ou autres complications. A cet égard, les deux médecins ayant rendu les rapports d'IRM sont unanimes et excluent tous deux une quelconque lésion traumatique autre que la contusion osseuse constatée quelques jours après l'accident.

Aucun médecin ne fait état de lésions dégénératives, *a fortiori* exacerbées par l'accident du 16 janvier 2023. Le Dr R. _____, qui a le premier pris en charge l'assurée et demandé des examens complémentaires, qui a été interrogé à ce sujet par l'assureur n'a en particulier pas soutenu que la lésion traumatique aurait pu évoluer ou exacerber une atteinte dégénérative. C'est uniquement en mai 2023 qu'un autre diagnostic est posé, après un délai de latence de trois mois et demi après l'accident, alors que le délai de rémission ordinaire d'une contusion osseuse était largement dépassé. Une lésion dégénérative douloureuse - qu'elle soit antérieure à l'accident ou postérieure à celui-ci (*status quo sine* ou *status quo ante*) - n'a plus de lien vraisemblable avec l'accident survenu mi-janvier 2023. Il s'ensuit que les attestations des

médecins-traitants de l'assurée ne sauraient jeter le doute sur l'avis motivé et documenté du médecin-conseil de la N. _____ SA.

Interrogé par l'intimée au sujet du délai dans lequel le *status quo ante* ou *sine* devait être fixé, le Dr R. _____ a attesté d'arrêts de travail jusqu'au 4 mars 2023, quelques jours seulement après le délai de rémission retenu par le médecin-conseil le 27 février 2023, en sorte que l'appréciation de ces deux médecins est superposable. Pour fixer la date de *statu quo sine vel ante*, le Dr Y. _____ a tenu compte des circonstances d'espèce, singulièrement du status antérieur débutant pour fixer à six semaines le rétablissement de la contusion. La recourante se méprend en tant qu'elle soutient que le délai fixé le serait de manière abstraite sur la seule base de la doctrine médicale. Les propres médecins de l'assurée ont imputé les douleurs et arrêts de travail à une autre atteinte que la contusion osseuse au plus tard dès le mois de mai 2023 et n'ont plus signé d'arrêt de travail pour motif d'accident dès cette date.

Le Dr R. _____ expose dans son courrier du 28 août 2023 qu'il y a une confusion du médecin-conseil dans la lecture de l'IRM du Dr K. _____. Le fait que le Dr K. _____ n'ait pas évoqué le volet « atteintes dégénératives », alors que le Dr Y. _____ a fait une lecture extensive des images ne permet pas de conclure que leurs avis sont contradictoires, puisqu'ils ne se sont pas prononcés dans la même mesure. Au demeurant, tous deux affirment de manière concordante qu'il n'y a aucune lésion traumatique, autre que celle de contusion osseuse (guérie en mai). Le Dr R. _____ - qui estime utile un arbitrage entre ces deux médecins - ne soutient pas non plus que le Dr Y. _____ aurait fait une lecture erronée de l'IRM. Ce courrier ne permet donc pas de s'écarter de l'analyse du cas par le médecin-conseil.

Enfin, l'avis postérieur du 2 février 2024 du Dr M. _____ est aussi concordant avec l'ensemble du dossier médical, car ce médecin constate lui aussi une contusion osseuse de la patella sans lésion cartilagineuse fémoro-patellaire en regard. Il conclut à un épisode de contusion osseuse guéri. S'il soutient certes qu'avant l'accident la patiente

ne présentait pas de chondropathie ou de maladie dégénérative symptomatique, cette opinion est aussi conforme à la survenance de ce diagnostic dès le mois de mai 2023 et en tous les cas ne permet pas de conclure sur la base du document du Dr M. _____ à l'existence d'un lien de causalité au moins vraisemblable entre l'accident et les atteintes dégénératives. C'est aussi le lieu de rappeler que 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5).

La brève attestation de la physiothérapeute du 25 septembre 2023 ne permet pas davantage de savoir si la prise en charge du genou - qui a débuté en juin 2023 - concerne une atteinte d'origine traumatique ou dégénérative, étant souligné qu'en juin 2023, les arrêts de travail étaient alors motivés par les médecins de l'assurée par des douleurs d'origine dégénératives.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée retient à juste titre, sur la base d'un rapport probant du médecin-conseil, le Dr Y. _____, qui confirme l'ensemble de l'analyse du dossier médical et des diagnostics précédemment posés par les médecins de l'assurée en Suisse et en [...], que les atteintes présentées par la recourante après le mois de mars 2023 ne résultent plus de l'accident du 16 janvier 2023 mais d'une atteinte dégénérative débutante soit préexistante, soit ultérieure (*statu quo sine vel ante*), sans que cet aspect ne soit déterminant dans le cas présent.

S'agissant du moment où les troubles imputables à l'accident ont fini de déployer leurs effets, la date du *statu quo sine vel ante*, n'est pas remise en cause par les médecins-traitants de l'assurée, lesquels fixent cette date entre le 4 mars 2023 (Dr R. _____) et fin avril 2023 (Dr U. _____), à savoir au moment du changement du motif des arrêts de travail et de la fin de l'usage des formulaires « accident du travail ». L'intimée ayant rendu une décision de cessation de la prise en charge du traitement médical avec effet au 27 février 2023 et du versement des

indemnités journalières au 30 avril 2023, la décision sur opposition litigieuse est conforme et doit être confirmée également sur ce point.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la 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 10 août 2023 par la N. _____ SA, 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 :

- P. _____,
- N. _____ 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 :