

# NE\_GERICHTE CDP.2018.39 vom 5. Oktober 2018

NE Tribunal cantonal, 2018-10-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2018.39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2018.39)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2018.39 du 5 octobre 2018

IT: NE\_GERICHTE CDP.2018.39 del 5 ottobre 2018

## Erwägungen

### E. 1

LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle, si la loi n'en dispose pas autrement. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 cons. 2.1, 122 V 232 cons. 1; arrêt du TF du 11.08.2015 [8C\_194/2015] cons. 3).

En particulier, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée en cas de changements de position du corps qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence développée jusqu'à ce jour, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, de l'accomplissement d'un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore d'un changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 cons. 4.3). En revanche, les lésions ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (arrêt du TF du 20.05.2006 [U 96/05] cons. 2.2).

Il résulte également de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents ou péripéties de la vie courante (ATF 134 V 72 cons. 4.3.1). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (arrêt du TF du 28.11.2014 [8C\_579/2014] cons. 4).

b) L'article 6 al. 2 let. a à g LAA, entré en vigueur le 1er janvier 2017, prévoit que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments, les lésions du tympan.

Jusqu'au 31 décembre 2016, les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident - édictées par le Conseil fédéral, en vertu d'une délégation de compétence de l'article 6 al. 2 LAA, à l'article 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (ci-après : OLAA), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 - exigeaient qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident fussent réalisées. En l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'article 9 al. 2 a OLAA, les troubles constatés étaient à la charge de l'assurance-maladie (arrêt du TF du 14.03.2017 [8C\_815/2016]).

Dans sa nouvelle formulation, l'article 6 al. 2 LAA fait abstraction de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, désormais, en cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral du 30.05.2008 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, FF 2008, p. 4893).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 cons. 4.3.1; 119 V 335 cons. 1; 118 V 286 cons. 1b et les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, voulant qu'en matière d'assurances sociales, les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130 III 321 cons. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 cons. 5b ; 126 V 319 cons. 5a; 125 V 193 cons. 2). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 cons. 3.1 ; 119 V 335 cons. 1 et 118 V 286 cons. 1b 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'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 177cons. 3.2, 125 V 456cons. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286cons. 3a ; 117 V 359cons. 5d/bb).

d) En vertu de l'article 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. 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 atteinte 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 137cons. 3a, ATF 118 V 293cons. 2c et les références citées). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. 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 296cons. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570, p. 74 cons. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18.11.2005 [U 80/05]cons.1.1).

e) La plupart des éventualités assurées (notamment la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157cons. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231cons. 5.1).

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées). 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 133 V 450cons. 11.1.3 ; 125 V 351).

Le simple fait que le médecin consulté soit 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

présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157cons. 1c et les références citées).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351cons. 3b/cc et les références citées).

6. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents en raison de l'événement survenu en avril 2017 ou d'une éventuelle rechute de l'accident du 6 septembre 2015.

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté ni contestable que la recourante avait subi un accident le 6 septembre 2015. Toutefois, la description des faits de l'événement litigieux du 4 avril 2017, telle qu'exposée par l'assurée, ne saurait permettre de retenir l'existence d'un accident au sens strict du terme, en l'absence de cause extérieure extraordinaire. En effet, aucun phénomène particulier, tel qu'une chute, une glissade ou un mouvement non coordonné, n'est décrit par la recourante, laquelle a indiqué s'être tordu le genou en se levant du canapé. On doit ainsi exclure toute sollicitation anormale de ce membre, qui permettrait de conclure à l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine des lésions diagnostiquées, et par voie de conséquence, à l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGA.

b) Se pose en revanche la question de savoir si l'événement du 4 avril 2017 est à la charge de l'assurance-accidents sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA.

A cet égard, la recourante affirme que "l'atteinte subie est définie par un spécialiste comme une entorse grave du genou. Or, une telle entorse comporte généralement une lésion ligamentaire. Le Dr B. \_\_\_\_\_ relève au surplus la présence d'une distension du MPFL (ligament fémoro-patellaire)". Dans ces circonstances, elle estime que cette atteinte entre dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident.

Cependant, et pour les raisons qui suivent, les arguments présentés par l'assurée ne sauraient convaincre. En effet, le refus de prester de la CNA se fonde sur les avis de son médecin-conseil, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecine intensive. Dans son avis du 25 septembre 2017, celui-ci a estimé que les troubles invoqués pouvaient être imputés au moins au degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 4 avril 2017. En date du 29 septembre 2017, il a précisé que le diagnostic d'œdème trabéculaire osseux antéro-médial de la rotule, en premier lieu contusionnel direct ne rentrait pas dans la liste exhaustive des lésions assimilées à un accident. Dans son appréciation médicale du 20 décembre 2017, le médecin a ajouté qu'en date du 6 septembre 2015, l'assurée avait subi une contusion simple (voire une entorse du genou droit) n'entraînant aucune lésion structurelle telle une déchirure ligamentaire, méniscale ou une fracture comme cela ressort de l'IRM du genou réalisée le 7 avril 2017. Il a expliqué

que si une quelconque atteinte structurelle notoire était survenue dans le cadre de cet événement, les atteintes séquellaires sous la forme d'un ligament cicatriciel, d'une déchirure méniscale persistante, et/ou cicatrice osseuse auraient été objectivées à l'IRM. Par ailleurs, selon le médecin, l'événement du 4 avril 2017, soit l'entorse du genou droit survenue en se levant de son canapé, n'a pas non plus occasionné de lésion structurelle telle une déchirure ligamentaire, méniscale ou une fracture. En conséquence, il a confirmé que l'événement du 4 avril 2017 n'avait occasionné aucune lésion assimilée à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA. En tout état de cause, il convient de préciser que le diagnostic d'entorse, bien qu'en possible relation avec une lésion des ligaments, n'entre pas dans la notion de lésion assimilée. En effet, celle-ci a pour objet uniquement les véritables déboîtements d'articulations (luxations) mais non pas les luxations incomplètes (subluxations) ou les torsions et distorsions (entorses) (cf. SVR 2009 UV n° 34 118; arrêts TF des 26.07.2011 [8C\_186/2011] cons. 8.1 et 27.02.2009 [8C\_1000/2008] cons. 2.3).

Au cas particulier, la Cour de céans observe que la décision querrellée se fonde à juste titre sur les constatations médicales dûment motivées du médecin-conseil de l'intimée. Ces constatations, claires et fondées sur une étude approfondie du dossier médical de l'assurée emportent la conviction de la Cour de céans. Force est ainsi de constater que les mesures d'instruction diligentées par l'intimée au cas d'espèce permettent de trancher la question litigieuse, soit l'absence de lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA. En conséquent, il ne subsiste pas de doute, fut-il léger, sur l'existence d'une supposée lésion assimilée à un accident. La simple évocation de l'existence possible d'une éventuelle distension du MPFL par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 janvier 2018 ne saurait suffire. Il convient ainsi de confirmer la décision entreprise sur ce point en ce sens que les lésions de la recourante ne sauraient être assimilées à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA.

c) Enfin, sous l'angle d'une éventuelle rechute ou de séquelles tardives, la Cour de céans rappelle qu'il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Savoir si l'événement accidentel et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 cons. 3.1; 119 V 335 cons. 1; 118 V 286 cons. 1b; arrêt du TF du 07.01.2013 [8C\_895/2011] cons. 5.1 et les références citées).

Comme exposé ci-dessus (cons. 6b), l'accident qu'a subi la recourante le 6 septembre 2015 ne lui a occasionné qu'une contusion simple du genou droit (voire une entorse) n'ayant entraîné aucune lésion structurelle telle une déchirure ligamentaire, méniscale ou une fracture globalement dans les limites de la norme. Sur la base des appréciations du Dr C. \_\_\_\_\_ ayant pleine valeur probante, il sied de retenir que l'événement a cessé de produire ses effets à 3 mois après sa survenue. Au cas particulier, le médecin-conseil n'a pas abouti à la conclusion que la relation de causalité entre les atteintes invoquées et l'accident initial atteignait le seuil de la vraisemblance prépondérante. Il a précisé qu'elle était possible, ce qui ne suffit pas pour fonder la responsabilité de l'assureur-accidents. Par ailleurs, on observera que le rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2017 retenant une rechute est succinct et ne contient pas d'éléments motivés qui permettraient de retenir,

au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre les troubles au genou et l'événement du 6 septembre 2015. Enfin, le certificat médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2018 produit dans le cadre de la présente procédure n'y change rien. Dans ce document, le médecin se borne à confirmer qu'à son avis, les douleurs présentées par l'assurée sont post-traumatiques à l'entorse de son genou survenue en 2015. Or, force est de constater que ce certificat se limite à une affirmation péremptoire du médecin, qui n'exprime que l'avis personnel de son auteur sans ajouter un quelconque élément nouveau qui viendrait étayer cette opinion. En conséquence, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié, la recourante n'ayant pas réussi à établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique se manifestant et l'accident du 6 septembre 2015.

Il suit de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée, se fondant tout particulièrement sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, a nié une causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles litigieux. Le dossier tel que constitué permettant à la Cour de céans de statuer en l'état, il n'est pas nécessaire d'ordonner d'autres mesures d'instruction médicales.

7. Les considérations qui précèdent conduisent à rejeter le recours et à confirmer la décision attaquée. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite, et sans dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.
2. Statue sans frais.
3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 5 octobre 2018

1 Si la présente 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.

2 L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

3 L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10).

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 25 sept. 2015 (Assurance-accidents et prévention des accidents), en vigueur depuis le 1erjanv. 2017 (RO20164375;FF20084877,20147691).

1L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

2Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation.

3Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

4L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

1Les 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.

2L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

3Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi.

1Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 1997, en vigueur depuis le 1erjanv. 1998 (RO1998151).

## **E. 2**

En premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue dès lors que le rapport médical final du Dr C. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017 n'a pas été porté à sa connaissance et qu'elle n'a pas pu s'exprimer à son sujet avant le prononcé de la décision attaquée. a) Garanti par l'article 29 al. 2 Cst. féd., le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui touchent à sa situation juridique ( ATF 135 II 286 cons. 5.1). Il englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure ( ATF 132 II 485 cons. 3.2). Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet ( ATF 126 V 130 cons. 2b; arrêt du TF du 20.08.2013 [9C\_181/2013] cons. 3.3). L'article 42 LPGA rappelle en outre le droit d'être entendu des parties dans le cadre d'une procédure administrative en matière d'assurances sociales. Le droit d'être entendu implique aussi le droit pour la partie d'être informée du dépôt de toute nouvelle pièce au dossier de manière à ce qu'elle puisse s'exprimer à son propos, le cas échéant, et ce indépendamment de l'importance que peut revêtir son contenu

pour l'issue de la procédure. En tant que garantie constitutionnelle de nature formelle, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès au fond ( ATF 135 I 187 cons. 2.2). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, respectivement du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure. La réparation d'un vice éventuel ne doit toutefois avoir lieu qu'exceptionnellement ( ATF 137 I 195 cons. 2.3.2; 135 I 279 cons. 2.6.1). Une telle réparation dépend de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu ( ATF 126 I 68 cons. 2). Elle peut également se justifier en présence d'un vice grave lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt de la partie lésée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable ( ATF 137 I 195 cons. 2.3.1 et 2.3.2). b) En l'espèce, il ne fait pas de doute que le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017 devait être communiqué à l'assurée de manière à lui permettre d'exercer son droit d'être entendue avant le prononcé de la décision attaquée. En s'abstenant de le faire, la CNA a violé son droit d'être entendue. Cela étant, il convient de constater que la recourante a pu s'exprimer en pleine connaissance de cette pièce dans le cadre de son recours, interjeté devant une autorité judiciaire possédant le même pouvoir d'examen que la CNA, non seulement en fait et en droit mais également en opportunité ( ATF 137 V 71 cons. 5.2). Dans ces circonstances, la Cour de céans retient que la violation constatée peut dès lors être considérée comme guérie.

### **E. 3**

Il convient ensuite de déterminer l'objet du litige. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse ( ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 cons. 2c; ATF 110 V 48 cons. 4a). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins ( ATF 130 V 501 cons. 1.2; ATF 122 V 34 cons. 2a et les références citées). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du TF du 26.04.2012 [9C\_711/2011] cons. 3.1 et les références citées). b) En l'espèce, si la question d'une éventuelle restitution des prestations allouées est étroitement liée à l'objet initial du litige, la décision attaquée n'a pas pour objet cette problématique et l'autorité ne s'est pas prononcée à son sujet dans un acte de procédure de sorte que la restitution ne saurait entrer dans l'objet du litige. Le litige porte en l'occurrence sur la décision de reconsidération de l'intimée du 25 octobre 2017 confirmée

sur opposition le 22 décembre 2017. Il convient de relever à cet égard que la décision entreprise statue sur le bien-fondé de la révocation de la communication du 13 avril 2017 et confirme dans ce cadre que la CNA n'avait pas à intervenir pour les suites de l'événement du 4 avril 2017 qui ne remplirait pas les conditions pour être qualifié d'accident. De surcroît, l'acte litigieux a déterminé si les troubles présentés dès cette date devaient être considérés comme des séquelles de l'accident du 6 septembre 2015, le recourant n'ayant invoqué cette possibilité que dans son acte de recours. c) Au vu de ce qui précède, il s'agira dans un premier temps de déterminer si l'intimée était en droit de procéder à la révocation de la prise en charge des frais des traitements et du versement des indemnités journalières, assumés initialement selon communication du 13 avril 2017. Dans ce contexte, il conviendra d'analyser si l'événement du 4 avril 2017 réunit les conditions pour être qualifié d'accident, respectivement si l'on est en présence de lésions assimilables à un accident. Si tel n'est pas le cas, il y aura lieu d'apprécier l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident du 6 septembre 2015.

#### **E. 4**

Sur le fond, il convient d'exposer les règles afférentes à la reconsidération des décisions, soit celles consacrées par l'article 53 al. 1 LPGA qui a trait à la révision dite "procédurale", dont a fait usage l'intimée par décision du 25 octobre 2017 et décision sur opposition du 22 décembre 2017. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'article 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'article 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'article 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 cons. 4.1 et les références citées). b) Aux termes de l'article 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. On rappellera enfin qu'aux termes de l'article 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. L'article 49 al. 3 LPGA précise par ailleurs que les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. c) En l'espèce, si la communication du 13 avril 2017 ne correspond certes pas formellement à la notion de décision au sens de l'article 49 LPGA précité, en ce sens qu'elle ne contient pas de voies de droit, il n'en demeure pas moins qu'elle en a les caractéristiques dans la mesure où elle a

accepté la prise en charge de l'événement prétendument survenu le 4 avril 2017 et qu'elle a fixé les prestations assumées par l'intimée (indemnités journalières). Il apparaît de toute manière que la notification d'une décision formelle ne s'imposait pas, vu que les prestations versées correspondaient à la demande de la recourante. Quoi qu'il en soit, étant considéré que la communication du 13 avril 2014 a la valeur d'une décision, il ne fait pas de doute que cet acte est susceptible de reconsidération. Aussi, faute de demande de décision formelle émanant de la recourante dans un délai raisonnable, on peut en effet constater que ladite communication a déployé ses effets, vu les montants pris en charge par l'intimée, et qu'elle est de fait "entrée en force" sans contestation subséquente. Reste à déterminer si l'assureur peut se prévaloir de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve subséquemment à cette communication qui ne pouvaient être produits auparavant. Il appert en effet du dossier que les faits relatés par l'assurée lors de l'entretien à son domicile le 15 août 2017, soit le fait qu'elle s'est tordue le genou en se levant de son canapé constituent des faits nouveaux à mesure que le dossier faisait état d'une chute dans les escaliers et que cet élément était dès lors inconnu. Au vu de ces éléments, la caisse intimée était légitimée à envisager une révocation de sa communication du 13 avril 2017 sous l'angle de la révision procédurale. Il convient dès lors d'examiner s'il incombait ou non à l'intimée de servir des prestations du fait de l'événement du 4 avril 2017.

## **E. 5**

a) Selon l'article

## **E. 6**

al. 2 LAA fait abstraction de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, désormais, en cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral du 30.05.2008 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, FF 2008, p. 4893). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci ( ATF 129 V 402 cons. 4.3.1; 119 V 335 cons. 1; 118 V 286 cons. 1b et les références citées). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, voulant qu'en matière d'assurances sociales, les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables ( ATF 130 III 321 cons. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 cons. 5b ; 126 V 319 cons. 5a; 125 V 193 cons. 2). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié ( ATF 129 V

177 cons. 3.1 ; 119 V 335 cons. 1 et 118 V 286 cons. 1b 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'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 cons. 3.2, 125 V 456 cons. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale ( ATF 118 V 286 cons. 3a ; 117 V 359 cons. 5d/bb). d) En vertu de l'article

## **E. 11**

OLAA , les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. 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 atteinte 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 cons. 3a, ATF 118 V 293 cons. 2c et les références citées). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

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 296 cons. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570, p. 74 cons. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18.11.2005 [U 80/05] cons.1.1). e) La plupart des éventualités assurées (notamment la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical ( ATF 122 V 157 cons. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables ( ATF 134 V 231 cons. 5.1). De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé ( ATF 126 V 319 et les références citées). 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 133 V 450 cons. 11.1.3 ; 125 V 351 ). Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert ( ATF 122 V 157 cons. 1c et les références citées). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable ( ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées). 6. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents en raison de l'événement survenu en avril 2017 ou d'une éventuelle rechute de l'accident du 6 septembre 2015. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté ni contestable que la recourante avait subi un accident le 6 septembre 2015. Toutefois, la description des faits de l'événement litigieux du 4 avril 2017, telle qu'exposée par l'assurée, ne saurait permettre de retenir l'existence d'un accident au sens strict du terme, en l'absence de cause extérieure extraordinaire. En effet, aucun phénomène particulier, tel qu'une chute, une glissade ou un mouvement non coordonné, n'est décrit par la recourante, laquelle a indiqué s'être tordu le genou en se levant du canapé. On doit ainsi exclure toute sollicitation anormale de ce membre, qui permettrait de conclure à l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine des lésions diagnostiquées, et par voie de conséquence, à l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGa. b) Se pose en revanche la question de savoir si l'événement du 4 avril 2017 est à la charge de l'assurance-accidents sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA. A cet égard, la recourante affirme que "l'atteinte subie est définie par un spécialiste comme une entorse grave du genou. Or, une telle entorse comporte généralement une lésion ligamentaire. Le Dr B. \_\_\_\_\_ relève au surplus la présence d'une distension du MPFL (ligament fémoro-patellaire)". Dans ces circonstances, elle estime que cette atteinte entre dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident. Cependant, et pour les raisons qui suivent, les arguments présentés par l'assurée ne sauraient convaincre. En effet, le refus de prester de la CNA se fonde sur les avis de son médecin-conseil, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecine intensive. Dans son avis du 25 septembre 2017, celui-ci a estimé que les troubles invoqués pouvaient être imputés au moins au degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 4 avril 2017. En date du 29 septembre 2017, il a précisé que le diagnostic d'œdème trabéculaire osseux antéro-médial de la rotule, en premier lieu contusionnel direct ne rentrait pas dans la liste exhaustive des lésions assimilées à un accident. Dans son appréciation médicale du 20 décembre 2017, le médecin a ajouté qu'en date du 6 septembre 2015, l'assurée avait subi une contusion simple (voire une entorse du genou droit) n'entraînant aucune lésion structurelle telle une déchirure ligamentaire, méniscale ou une fracture comme cela ressort de l'IRM du genou réalisée le 7 avril 2017. Il a expliqué que si une quelconque atteinte structurelle notoire était survenue dans le cadre de cet événement, les atteintes séquellaires sous la forme d'un ligament cicatriciel, d'une déchirure méniscale persistante, et/ou cicatrice osseuse auraient été objectivées à l'IRM. Par ailleurs, selon le médecin, l'événement du 4 avril 2017, soit l'entorse du genou droit survenue en se levant de

son canapé, n'a pas non plus occasionné de lésion structurelle telle une déchirure ligamentaire, méniscale ou une fracture. En conséquence, il a confirmé que l'événement du 4 avril 2017 n'avait occasionné aucune lésion assimilée à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA . En tout état de cause, il convient de préciser que le diagnostic d'entorse, bien qu'en possible relation avec une lésion des ligaments, n'entre pas dans la notion de lésion assimilée. En effet, celle-ci a pour objet uniquement les véritables déboîtements d'articulations (luxations) mais non pas les luxations incomplètes (subluxations) ou les torsions et distorsions (entorses) (cf. SVR 2009 UV n° 34 118; arrêts TF des 26.07.2011 [8C\_186/2011] cons. 8.1 et 27.02.2009 [8C\_1000/2008] cons. 2.3). Au cas particulier, la Cour de céans observe que la décision querellée se fonde à juste titre sur les constatations médicales dûment motivées du médecin-conseil de l'intimée. Ces constatations, claires et fondées sur une étude approfondie du dossier médical de l'assurée emportent la conviction de la Cour de céans. Force est ainsi de constater que les mesures d'instruction diligentées par l'intimée au cas d'espèce permettent de trancher la question litigieuse, soit l'absence de lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA . En conséquent, il ne subsiste pas de doute, fut-il léger, sur l'existence d'une supposée lésion assimilée à un accident. La simple évocation de l'existence possible d'une éventuelle distension du MPFL par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 janvier 2018 ne saurait suffire. Il convient ainsi de confirmer la décision entreprise sur ce point en ce sens que les lésions de la recourante ne sauraient être assimilées à un accident au sens de l'article 6 al. 2 LAA . c) Enfin, sous l'angle d'une éventuelle rechute ou de séquelles tardives, la Cour de céans rappelle qu'il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Savoir si l'événement accidentel et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale ( ATF 129 V 177 cons. 3.1; 119 V 335 cons. 1; 118 V 286 cons. 1b; arrêt du TF du 07.01.2013 [8C\_895/2011] cons. 5.1 et les références citées). Comme exposé ci-dessus (cons. 6b), l'accident qu'a subi la recourante le 6 septembre 2015 ne lui a occasionné qu'une contusion simple du genou droit (voire une entorse) n'ayant entraîné aucune lésion structurelle telle une déchirure ligamentaire, méniscale ou une fracture globalement dans les limites de la norme. Sur la base des appréciations du Dr C. \_\_\_\_\_ ayant pleine valeur probante, il sied de retenir que l'événement a cessé de produire ses effets à 3 mois après sa survenue. Au cas particulier, le médecin-conseil n'a pas abouti à la conclusion que la relation de causalité entre les atteintes invoquées et l'accident initial atteignait le seuil de la vraisemblance prépondérante. Il a précisé qu'elle était possible, ce qui ne suffit pas pour fonder la responsabilité de l'assureur-accidents. Par ailleurs, on observera que le rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2017 retenant une rechute est succinct et ne contient pas d'éléments motivés qui permettraient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre les troubles au genou et l'événement du 6 septembre 2015. Enfin, le certificat médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2018 produit dans le cadre de la présente procédure n'y change rien. Dans ce document, le médecin se borne à confirmer qu'à son avis, les douleurs présentées par l'assurée sont post-traumatiques à l'entorse de son genou survenue en 2015. Or, force est de constater que ce certificat se limite à une affirmation péremptoire du médecin, qui n'exprime que l'avis

personnel de son auteur sans ajouter un quelconque élément nouveau qui viendrait étayer cette opinion. En conséquence, l'orsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié, l'a recourante n'ayant pas réussi à établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique se manifestant et l'accident du 6 septembre 2015. Il suit de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée, se fondant tout particulièrement sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, a nié une causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles litigieux. Le dossier tel que constitué permettant à la Cour de céans de statuer en l'état, il n'est pas nécessaire d'ordonner d'autres mesures d'instruction médicales. 7. Les considérations qui précèdent conduisent à rejeter le recours et à confirmer la décision attaquée. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite, et sans dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.