

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3995/2017

ATAS/172/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} mars 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yann LAM recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le_____ 1962, a travaillé en qualité de secrétaire-réceptionniste avant de percevoir, dès le 1^{er} juillet 2013, des indemnités de la part de l'assurance-chômage. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 26 septembre 2014, l'assurée a été victime d'un accident. Selon le rapport de police du 31 octobre 2014, elle a été heurtée par une voiture circulant à une vitesse de 30 km/h alors qu'elle traversait sur un passage piéton. Légèrement blessée et présentant des douleurs au dos, à la hanche et au genou droit, elle a été conduite en ambulance au service des urgences des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG).
3. Par rapport du 26 septembre 2014, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie et cheffe de clinique aux HUG, a diagnostiqué une entorse du genou droit avec une suspicion de lésions du ligament latéral intérieur et du ligament croisé antérieur. L'assurée faisait état de douleurs cervicales, thoraciques postéro-latérales gauches, du bas du dos, de la hanche droite, ainsi que du genou et de la cheville droite. Les radiographies du genou et de la cheville n'avaient pas révélé de lésion osseuse et un CT total-body avait permis d'exclure un saignement intracrânien, une fracture et des lésions thoraciques ou abdominales. L'assurée n'avait pas présenté de traumatisme crânien. Le traitement consistait en le port d'une attelle et l'utilisation de cannes. L'incapacité de travail était totale du jour du sinistre jusqu'au 19 octobre 2014.
4. À partir du 29 septembre 2014, l'assurée a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a prolongé l'incapacité totale de travail et prescrit des séances de physiothérapie en raison de l'entorse du genou droit.
5. Le 13 octobre 2014, le docteur D_____, radiologue FMH, a pratiqué une arthro-imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite, examen ayant mis en évidence une bursite sous-acromiale limitée à la région supra-épineuse, une tendinose limitée du supra-épineux distal, un conflit sous-acromial chronique postérieur limité et un aspect dégénératif du labrum glénoïdien antéro-supérieur sans fissure ni déplacement.
6. Une IRM du genou droit a été pratiquée le 11 décembre 2014. Dans son rapport établi le lendemain, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une rupture partielle de l'insertion proximale du ligament croisé antérieur associée à une rupture de la partie proximale du ligament latéral interne, à une rupture partielle de la partie inférieure du retinaculum médial et à un épanchement intra-articulaire modéré.
7. Par rapport du 4 février 2015, le Dr C_____ a diagnostiqué une entorse grave du genou droit, avec une rupture partielle du ligament croisé antérieur et une rupture du retinaculum patellaire médial. Il a indiqué que l'assurée présentait un important

épanchement articulaire et des douleurs persistantes sur la partie inférieure de l'aileeron rotulien interne entravant la flexion.

8. En date du 26 mars 2015, ce médecin a mentionné que l'évolution était lentement favorable avec la récupération d'une flexion à 105° et d'une extension complète.
9. Par certificat du 30 avril 2015, le médecin traitant a attesté d'une entière capacité de travail à compter du 4 mai 2015.
10. Le 1^{er} juin 2015, une IRM du genou droit a été réalisée par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie. Dans son rapport établi le lendemain, ce médecin a conclu à des séquelles d'entorse du ligament collatéral interne sans rétraction des fibres, à des signes de déchirure partielle du ligament croisé antérieur, à une chondropathie fémoro-patellaire de grade III-IV associée à une probable dysplasie trochléaire et à un épanchement articulaire modéré.
11. En date du 8 juin 2015, l'assurée a annoncé à la SUVA une nouvelle incapacité de travail en lien avec le sinistre du 26 septembre 2014.
12. Par certificats des 3 et 24 juin 2015, le Dr C_____ a signé un arrêt de travail de 50% à partir du 1^{er} juin 2015 et de 100% dès le 23 juin 2015.
13. Dans un rapport du 26 juin 2015, le Dr C_____ a relaté la persistance d'un épanchement articulaire modéré, une flexion maximum de 125°, une atrophie musculaire légère et une importante douleur rotulienne. La nouvelle incapacité de travail était motivée par l'épanchement, l'impossibilité de rester assise, de déambuler, de monter et de descendre les escaliers ou des plans inclinés. Le diagnostic était celui d'instabilité en valgus du genou droit et de gonarthrose fémoro-patellaire.
14. Par rapport du 13 juillet 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un status huit mois après une entorse du genou droit avec une lésion du ligament collatéral interne et du ligament croisé antérieur. Il proposait de pratiquer une infiltration de l'insertion fémorale du ligament collatéral interne en raison de douleurs persistantes.
15. Dans une appréciation du 26 juillet 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a considéré que la pose d'une prothèse fémoro-patellaire concernait une lésion dégénérative antérieure à l'accident.
16. Dans un rapport du 13 août 2015, le Dr C_____ a retenu les diagnostics d'instabilité interne partielle du genou droit et d'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique. Il y avait un épanchement articulaire, une flexion-extension à 110/0/0, une petite laxité en valgus, une importante douleur à la pression du plateau tibial externe, une atrophie musculaire de la cuisse de 2 cm. Il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui interféraient avec l'évolution du cas et une reprise du travail n'était en l'état pas prévue.

17. Par rapport du 14 septembre 2015, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et cheffe de clinique aux HUG, a fait suite à la consultation du 9 septembre 2015 de l'assurée. Cette dernière décrivait des douleurs de types mécanique et inflammatoire, aux niveaux du genou droit, de la fesse droite et de la plante du pied droit, qui irradiaient sur la cuisse droite et sur le tibia droit. Elle avait interrompu les séances de physiothérapie qui avaient augmenté les douleurs, marchait avec une genouillère sans cannes, mais présentait une boiterie. En outre, elle suivait un traitement médicamenteux pour une dépression liée à l'accident, et était également connue pour une arthroscopie de la hanche droite en 2012 et un conflit fémoro-acétabulaire, ainsi qu'une cure d'hernie crurale à droite en 2013 pour des douleurs inguinales. Les mobilités articulaires des membres inférieurs étaient à 0/0/110 à droite contre 0/0/135 à gauche. Les douleurs diffuses importantes de type inflammatoire faisaient penser à une algoneurodystrophie, de sorte qu'un traitement de vitamine C et du Miacalcic lui étaient prescrits. Compte tenu de la description de douleurs irradiantes, des investigations supplémentaires visant à exclure un problème radiculaire au niveau du rachis lombaire étaient suggérées, tout comme une évaluation par un spécialiste en médecine physique et rééducation pour un bilan musculaire afin d'adapter la physiothérapie qui avait augmenté les douleurs. Le problème n'étant pas uniquement mécanique, une indication chirurgicale ou une solution prothétique n'était pas retenue.
18. Par rapport du 29 septembre 2015, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine physique et réadaptation, a examiné l'assurée le 25 septembre 2015. Il a diagnostiqué un status post rupture partielle du ligament croisé antérieur et du ligament collatéral interne du genou droit. L'assurée présentait une gêne de cette articulation à l'effort et une tuméfaction occasionnelle, ce qui l'empêchait de reprendre une activité physique confortable ou même une vie quotidienne sans douleur. Malgré de nombreuses séances de physiothérapie, il n'y avait que peu d'évolution. À l'examen clinique, ce médecin a notamment constaté une flexion/extension de 120/0/0, un bâillement en valgus et l'absence d'épanchement articulaire.
19. En date du 16 octobre 2015, l'assurée a été examinée par le Dr H_____. Dans son rapport du 19 octobre 2015, ce médecin a diagnostiqué un traumatisme du genou droit associant une entorse du genou « gauche » avec une lésion partielle du ligament croisé antérieur, ainsi que des douleurs rotuliennes. Depuis quatre mois, l'assurée était suivie sur le plan psychologique. Le Dr H_____ a conclu que l'évolution au niveau de l'épaule droite était tout à fait favorable, avec une mobilité complète retrouvée. Au niveau du genou droit, les suites avaient été plus compliquées avec la mise en évidence d'une lésion du ligament croisé antérieur et une chondropathie rotulienne de stade III à IV sur le dernier examen IRM et une dysplasie trochléaire avait été évoquée. Actuellement, l'évolution était plutôt favorable après un recentrage de la rééducation par le Dr J_____, traitement qui était à poursuivre. Dans l'exercice d'une activité professionnelle réalisée

essentiellement en position assise tout en permettant quelques déplacements à plat sans devoir se déplacer dans des escaliers, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50%.

20. Dans un rapport du 16 octobre 2015, le Dr J_____ a confirmé les termes de son précédent rapport et réservé son pronostic, précisant qu'une reprise du travail n'était en l'état pas prévue.
21. Selon une note interne de la SUVA du 21 octobre 2015, le Dr H_____ a indiqué que la reprise du travail à 50% était effective dès le 2 novembre 2015.
22. Par courrier du 21 octobre 2015, la SUVA a informé l'assurée que son service médical avait estimé qu'elle était apte à reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 2 novembre 2015, de sorte que les indemnités journalières lui seraient allouées à 100% jusqu'au 1^{er} novembre 2015 puis à 50% dès le 2 novembre 2015.
23. En date du 25 novembre 2015, l'assurée a contesté les conclusions du médecin-conseil et affirmé être encore en incapacité totale de travail. Elle sollicitait le versement des indemnités à 100% jusqu'à la stabilisation de son genou et la disparition des douleurs pour qu'elle puisse marcher normalement et retrouver l'usage de son genou, de son pied et de sa jambe droite, et reprendre une activité professionnelle.
24. Dans un rapport du 15 janvier 2016, la Dresse I_____ a attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'à la fin de l'année 2015, période jusqu'à laquelle l'assurée avait dû effectuer beaucoup de séances de physiothérapie pour récupérer une musculature lui permettant de stabiliser son genou de manière dynamique. Au vu de l'évolution lentement favorable, la capacité de travail pouvait actuellement être estimée à 50%, mais l'assurée ne pouvait en tout cas pas reprendre un travail debout toute la journée comme par le passé, lorsqu'elle exerçait la profession de vendeuse. Une reconversion professionnelle avec l'aide de l'assurance-invalidité était souhaitable dans le but de trouver un travail en position assise.
25. En date du 28 janvier 2016, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 28 janvier 2016 et de 50% du 29 janvier au 29 février 2016.
26. Le 5 février 2016, le Dr H_____ a rendu une nouvelle appréciation médicale. Il a maintenu que l'assurée pouvait, à l'issue de son examen du 2 novembre 2015, reprendre à 50% la dernière activité professionnelle réalisée avant le chômage, soit celle de secrétaire-réceptionniste. En fonction de l'évolution qui semblait favorable, on pouvait dorénavant s'attendre à une reprise professionnelle à 100%.
27. Le 19 février 2016, la SUVA a écrit à l'assurée que son service médical considérait qu'elle était apte à reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 29 février 2016, de sorte que les indemnités journalières lui seraient allouées à 100% jusqu'au 28 février 2016.
28. Par courriel du 4 avril 2016, l'assurée a annoncé à la SUVA une rechute depuis le 11 mars 2016.

29. Le 13 avril 2016, la SUVA a reçu plusieurs documents, dont :

- un rapport du 1^{er} octobre 2015 du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM lombo-sacrée du jour même ayant révélé de minimes signes de surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1 à droite ;
- un rapport du 16 mars 2016 du docteur L_____, radiologue FMH, suite à une radiographie de la colonne cervicale réalisée la veille et ayant permis de conclure à une discrète latéralisation de la dent de l'axis vers la gauche faisant suspecter une dysfonction C1-C2 ;
- un certificat du 4 avril 2016 du docteur M_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 11 mars 2016, pour une durée indéterminée ;
- un rapport du 7 avril 2016 du docteur N_____, radiologue FMH, suite à une radiographie du genou droit réalisée le 6 avril 2016, examen ayant mis en exergue un pincement articulaire interne associé à des débords ostéophytaires débutants et une sclérose sous chondrale du plateau tibial d'ordre dégénératif, ainsi qu'une ébauche ostéophytaires marginale supérieure de la rotule et un aspect légèrement effilé des épines tibiales d'ordre dégénératif ; le médecin a conclu à une gonarthrose débutante.

30. Le 21 avril 2016, la SUVA a réceptionné le formulaire relatif à la rechute annoncée par l'assurée. Cette dernière y a indiqué que les blessures consistaient en une grave entorse du genou droit, des lésions cervicales et lombaires, une épicondylite du coude droite, une tendinite achilléenne et une névralgie d'Arnold.

31. Par certificats des 2 mai, 1^{er} juin, 1^{er} juillet 2016, le Dr M_____ a prolongé l'incapacité totale de travail pour une durée indéterminée.

32. Le 19 mai 2016, le Dr H_____ a relevé que les atteintes lombaires et cervicales n'étaient pas à la charge de la SUVA. Concernant le genou droit, la Dresse I_____ avait évoqué une reprise à 50% en janvier 2016. Il n'avait pas d'argument pour établir une relation de causalité pour le moins probable pour l'arrêt de travail retenu par le Dr M_____ sans aucune explication.

33. Le 27 juillet 2016, l'assurée a été entendue dans les bureaux de la SUVA. Elle a notamment exposé avoir travaillé pour le CICR de 2003 à 2005 et avoir suivi une première psychothérapie « consécutivement à deux années de mission en Irak, passées sous les bombes ». Par la suite, elle avait rechuté et consulté à nouveau son psychiatre. Elle avait recommencé à le voir courant avril 2015, le suivait actuellement deux fois par mois et il lui prescrivait de l'Escitalopram. Elle bénéficiait de l'aide de l'Hospice général. Au moment de l'accident de septembre 2014, elle était au chômage et « en gain intermédiaire ». Elle n'avait pas été apte à reprendre une activité professionnelle en février 2016 car elle n'arrivait pas à marcher plus de 10 minutes, puis son genou se bloquait. Depuis le 11 mars 2016, l'état de son genou évoluait lentement. Si elle marchait, elle ne pouvait pas dormir

la nuit suivante car elle ressentait des douleurs tapantes dans sa cheville droite. En plus, le fait de marcher engendrait un blocage au niveau cervical et elle ne parvenait plus à tourner la tête. Cet état était apparu dès qu'elle avait commencé à marcher sans béquille et persistait encore actuellement. Elle était incapable de monter ou descendre des escaliers normalement et souffrait au réveil de migraines, apparues après l'événement accidentel. Elle ressentait des douleurs tous les soirs au niveau de la cheville droite et présentait en outre une épicondylite au coude droit qui était à son avis une conséquence de la chute sur le capot de la voiture. Elle était suivie depuis le mois de mars 2016 par le Dr M_____, lequel avait diagnostiqué une névralgie d'Arnold suite à l'accident. Son épaule droite, laquelle avait déjà été soignée après un choc en 1999, était sensible depuis le sinistre de 2014. Depuis l'infiltration en avril 2016, son genou droit ne se bloquait plus et elle pouvait marcher jusqu'à 40 minutes.

34. Dans un rapport du 5 juillet 2016, le docteur O_____, radiologue FMH, a indiqué que l'IRM cervicale effectuée la veille avait essentiellement démontré des remaniements débutants de la charnière cervico-occipitale sans atteinte inflammatoire ou d'argument pour une lésion ligamentaire concomitante. La minime discopathie C5-C6 n'engendrait ni conflit ni sténose neuroforaminale. Il n'y avait pas de signe en faveur d'une séquelle post-traumatique.
35. Dans une appréciation du 15 août 2016, le Dr H_____ a confirmé sa position du 5 février 2016 et certifié que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité de secrétaire-réceptionniste à 50% dès le 2 novembre 2015 pour les seules suites de l'événement du 26 septembre 2014.
36. Par décision du 19 octobre 2016, la SUVA a rappelé à l'assurée que son médecin d'arrondissement avait conclu qu'elle était apte à reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 2 novembre 2015 et à 100% dès le 29 février 2016. Partant, les indemnités journalières lui avaient été versées à 100% jusqu'au 28 février 2016. S'agissant de la nouvelle incapacité de travail dès le 11 mars 2016, elle n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 26 septembre 2014.
37. Par écriture du 27 octobre 2016, complétée le 19 décembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire d'un avocat, a formé opposition à la décision précitée. Elle a fait valoir que la Dresse I_____ avait attesté d'une incapacité de travail de 50% en raison des seules atteintes présentées au niveau du genou droit. Elle souffrait en outre d'une névralgie d'Arnold et de migraines dues aux céphalées, accompagnées de photophobies, de nausées et de vertiges, ainsi que d'atteintes aux niveaux du coude, de l'épaule et de la cheville droite, avec des douleurs lombaires, engendrant des conséquences psychologiques inévitables, soit des troubles de la concentration, une intense fatigue, un état anxieux et dépressif. Compte tenu de l'ensemble de ces symptômes, le Dr M_____ confirmait l'incapacité totale de travail.
38. L'assurée a notamment transmis à la SUVA les documents suivants :

- un rapport du 3 juin 2016 du docteur P_____, spécialiste FMH radiologie, suite à des radiographies de la cheville droite du jour même qui avaient mis en exergue un hallux valgus débutant, un pincement débutant de l'interligne articulaire de l'articulation métatarso-phalangienne 1; il n'y avait ni lésion osseuse, ni séquelle de fracture, ni épanchement articulaire, ni calcification dans les tissus mous ;
 - un rapport du 7 juillet 2016 de la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en neurologie, laquelle a relaté que suite à l'accident, l'assurée s'était initialement plainte de douleurs au niveau du genou, mais ensuite progressivement de douleurs cervicales, lombaires, du bras droit et de douleurs derrière l'oreille se propageant sur la région pariétale et au niveau de la face, surtout la région périorbitaire droite ; l'assurée rapportait notamment des céphalées chroniques de fond avec des crises holocrâniennes ou sous forme d'une hémicrânie droite, avec une photophobie, des nausées, un rétrécissement et des décharges de l'œil droit, des piques traversant le sommet du crâne, une sensation de raideur dans la nuque ; elle faisait également état de troubles de la concentration, d'anxiété, d'une humeur dépressive, d'une fatigue intense, de vertiges positionnels et d'une tendance à une hypotension artérielle de base ; il s'agissait d'une symptomatologie douloureuse mixte d'allure tendineuse-musculaire et de céphalées de tension avec des accès de crises d'allure migraineuse avec des troubles neuro-végétatifs ; il y avait une discrète asymétrie des fentes palpébrales, probablement déjà présente sur les anciennes photos montrées par la patiente ; le côlon irritable et l'humeur dépressive aggravaient l'évolution des douleurs ;
 - un rapport du 13 décembre 2016 du Dr M_____, lequel a indiqué suivre l'assurée depuis le 11 mars 2016 ; il a retenu les diagnostics de status post contusion-entorse du genou droit, de chondropathie fémoropatellaire secondaire symptomatique, de gonarthrose fémorotibiale interne débutante, de status post probable entorse de la cheville droite, de dysfonctions rachidiennes des trois segments, incluant la charnière cervico-occipitale, dorsale et le bassin, dont l'origine post-traumatique était « quasi certaine », d'épicondylalgie du coude droit et de conflit sous-acromial de l'épaule droite, ancien, réveillé par l'accident; l'accident du 26 septembre 2014 avait été violent et avait entraîné des lésions du genou droit ayant évolué vers une chondropathie fémoropatellaire et un début d'arthrose fémoro-tibiale interne, des douleurs dysfonctionnelles de tout le rachis, la réactivation d'un conflit sous-acromial droit préexistant ; l'incapacité de travail était nulle depuis le 1^{er} mars 2016, en grande partie pour les suites non-résolues de l'accident, mais également en raison d'un état dépressif « qui antédate » l'accident .
39. En date du 2 janvier 2017, le Dr H_____ a pris connaissance des derniers rapports médicaux communiqués par l'assurée et considéré qu'il n'y avait pas d'indication à modifier sa dernière prise de position.

40. Dans un rapport du 20 février 2017, le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F33.11) récurrent en rémission. Des problèmes familiaux avaient influencé l'évolution. Le traitement consistait en la prise d'antidépresseurs et le suivi d'entretiens psychothérapeutiques. Il n'y avait aucune incapacité de travail pour des motifs psychiques et l'évolution était favorable.
41. Dans une appréciation du 19 avril 2017, le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de la SUVA, a considéré que la situation était devenue asymptomatique et que le facteur déclencheur résidait plutôt en des problèmes familiaux. Il ne retenait pas de causalité naturelle avec l'accident.
42. Par décision du 29 août 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a souligné que les troubles dépressifs de l'assurée n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident assuré, que l'arthro-IRM du 13 octobre 2014 n'avait pas apporté d'argument en faveur d'une rupture, même partielle, de la coiffe des rotateurs, que l'IRM cervicale n'avait pas mis en exergue de signe plaidant pour une séquelle post-traumatique, que les radiologies effectuées aux HUG dans les suites directes de l'accident n'avaient pas décelé d'atteinte traumatique de la cheville ou du coude et que le Dr H_____ avait évoqué en juillet 2015 la présence d'une lésion dégénérative au genou droit, antérieure à l'accident assuré. C'était donc en toute connaissance de cause que ce médecin avait fixé une pleine capacité de travail dès le 29 février 2016, les troubles ayant généré une incapacité de travail par la suite ne pouvant pas être rapportés à l'événement du 26 septembre 2014. En ne tenant compte que des séquelles accidentelles au genou droit, l'assurée était apte à exercer l'activité de secrétaire-réceptionniste à 100%.
43. Par acte du 29 septembre 2017, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision et conclu, sous suite de dépens, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il fût constaté qu'elle continuait à avoir droit aux indemnités journalières pleines et entières au-delà du 2 novembre 2015 et aux prestations pour soins et remboursement des frais au-delà du 28 février 2016, et à ce que l'intimée fût condamnée à lui verser lesdites prestations. La recourante a fait grief à l'intimée de ne pas avoir motivé l'exclusion de tout lien de causalité entre les résultats médicaux postérieurs au 28 février 2016 et l'accident assuré. Elle a notamment soutenu que les examens et les soins s'étaient longtemps concentrés sur l'atteinte au genou droit, laquelle lui occasionnait le plus de douleurs. Mais au fur et à mesure que ces douleurs avaient diminué, les autres problématiques, dont elle avait fait état dès le premier jour, s'étaient révélées, notamment au moment de l'arrêt de l'usage de sa canne. Dans son appréciation du 26 juillet 2015, le médecin d'arrondissement avait évoqué la présence d'une lésion dégénérative au genou droit, antérieure à l'accident assuré. Or, ce point de vue était contredit par le rapport du Dr C_____ du 13 août 2015, lequel mentionnait le diagnostic d'instabilité interne partielle du genou droit et d'arthrose fémoro-

patellaire post-traumatique, et précisait qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas. En outre, le Dr M_____ avait affirmé qu'aucune des atteintes n'était présente avant le sinistre et que les troubles étaient tous dus à l'accident, et non d'origine dégénérative. De même, le docteur T_____, spécialiste FMH en orthopédie, avait confirmé que les diverses lésions pouvaient être d'origine traumatique et étaient « en lien probable » avec l'accident. Rien ne permettait au médecin d'arrondissement de retenir une capacité de travail de 50% dès le 2 novembre 2015 et de 100% dès le 28 février 2016, étant rappelé que la Dresse I_____ avait évoqué une éventuelle capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le Dr M_____ estimait que l'incapacité de travail était totale dans toute activité en raison des multiples lésions et troubles.

44. À l'appui de son écriture, la recourante a notamment produit :

- un rapport du 1^{er} juin 2015 de la doctoresse U_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une échographie et une radiologie du pied droit, examens n'ayant pas montré d'anomalie musculaire ou des tissus mous;
- un rapport du 24 mars 2017 du docteur V_____, chef du service de neurochirurgie des HUG, lequel a diagnostiqué une lésion située au niveau du plancher du IV^{ème} ventricule et « prolabant » au niveau du foramen de Magendie, compatible avec un épndymome ; cette lésion avait été découverte fortuitement suite à une IRM cérébrale réalisée dans un contexte de migraines suite à un accident de la voie publique à la fin de l'année 2016 ; les IRM des 12 décembre 2016 et 22 février 2017 montraient une stabilité de la lésion et l'absence d'hydrocéphalie; l'examen neurologique n'avait pas montré de déficit neurologique ; une prise en charge chirurgicale était proposée car, même si la lésion était probablement bénigne, elle risquait, de par sa position, de provoquer une hydrocéphalie aiguë ;
- un rapport du 30 mai 2017 du Dr T_____, lequel a retenu les diagnostics de tendinopathie du coude droit, de suspicion d'une épaule douloureuse instable avec des lésions des ligaments gléno-huméral supérieur et partiellement moyen de l'épaule droite, d'arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite, et de lésions ligamentaires du genou « gauche » ; l'épaule et le coude droit étaient symptomatiques, mais beaucoup moins que le genou, raison pour laquelle ces articulations avaient été « mises à part » au début ; par la suite, les douleurs initiales légères du membre supérieur droit exacerbèrent rapidement avec un crescendo continu, surtout du coude avec une irradiation le long de l'avant-bras jusqu'à la main avec des douleurs indépendantes de l'activité ou du repos ; les douleurs de l'épaule droite demeuraient liées à l'activité et à la mobilisation ; une échographie du coude droit réalisée le 11 mai 2017 avait révélé une discrète tendinopathie pré-insertionnelle des tendons communs des extenseurs à l'épicondyle latéral et une discrète irrégularité de la structure fibrillaire avec une minime hyperémie ;

- un rapport du 15 septembre 2017 du Dr T_____ confirmant les diagnostics précédemment posés; la recourante avait reçu une infiltration au niveau des tendons extenseurs du coude droit le 3 août 2017 ; il lui avait certifié une incapacité de travail de 100% du 3 au 10 août 2017, avec une reprise à 100% dès le 11 août 2017 ; la situation était stabilisée avec un effet positif lors de l'infiltration, laquelle pourrait être répétée en cas de rechute ; les symptômes de l'épaule droite étaient encore présents, avec une fragilité lors de certains mouvements, mais sans être handicapants ; la recourante parvenait à réaliser toutes les activités, du quotidien ou professionnelles, en s'adaptant sans trop de gêne ;
- les réponses du 19 septembre 2017 du Dr T_____ à un questionnaire de la recourante: il a indiqué que le lien de causalité entre l'accident assuré et les diagnostics de tendinopathie des tendons extenseurs du coude droit, d'épaule douloureuse instable avec une lésion ligamentaire et d'arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite était possible (moins de 50%), alors qu'il était certain (100%) entre le sinistre et la lésion ligamentaire du genou « gauche » ; il n'avait aucun indice pour justifier une incapacité de travail dès le jour de sa première consultation, à l'exception de la brève période ayant suivi l'infiltration ;
- des certificats médicaux du Dr M_____ attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 11 mars 2016 ;
- les réponses du 26 septembre 2017 du Dr M_____ à un questionnaire de la recourante : ce médecin a mentionné les diagnostics de status post contusion-entorse du genou droit, de développement post-traumatique d'une chondropathie fémoropatellaire puis d'un début d'arthrose fémorotibiale interne, de status post entorse probable de la cheville droite, de nombreux blocages fonctionnels au rachis, d'épicondylalgie droite et de conflit sous-acromial de l'épaule droite, ancien, réveillé par l'accident assuré ; le genou droit n'avait rien avant l'accident de sorte que l'évolution arthrosique était à 100% due au sinistre ; il en allait de même des douleurs de la cheville droite, des blocages du dos et des atteinte du coude, la recourante n'ayant pas souffert à ce niveau avant l'accident ; parallèlement aux suites de l'accident, la tumeur du plancher du 4^{ème} ventricule, qui pouvait avoir participé aux céphalées dans une mesure non déterminée, avait également influencé l'état de santé de l'assurée ; ces problèmes post-accidentels justifiaient une incapacité totale de travail, même dans une activité adaptée ; pour la période antérieure, particulièrement depuis le 2 novembre 2015, la capacité de travail était nulle, vu l'état dans lequel il l'avait trouvée le 11 mars 2016 ; les limitations fonctionnelles consistaient en une difficulté à marcher, des douleurs de tout le dos, de l'épaule, du coude et de la cheville du côté droit, des problème de concentration et des céphalées.

45. Dans sa réponse du 1^{er} décembre 2017, l'intimée a conclu à ce que le recourante soit déboutée de toutes ses conclusions. Elle a maintenu qu'il n'y avait pas lieu, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'admettre l'existence d'une relation de causalité entre les différentes atteintes à la santé et l'accident assuré. Elle a en particulier rappelé que l'examen radiologique de la cheville pratiqué aux HUG dans les suites directes du sinistre n'avait pas décelé d'atteinte traumatique. Le même constat devait être fait s'agissant du coude droit, étant encore souligné que l'échographie du 11 mai 2017 n'avait pas mis en évidence de signes de déchirure même parcellaire. En outre, le Dr T_____ avait admis que le rapport de causalité était tout au plus possible entre la tendinopathie et le sinistre assuré. Concernant les dysfonctions du rachis énoncées par le Dr M_____, les radiographies et les IRM cervicales et lombo-sacrées n'avaient pas mis en exergue de signes plaidant en faveur de séquelles post-traumatiques. Au surplus, l'examen neurologique du 24 mars 2017 n'avait pas montré de déficit neurologique. Enfin, l'arthro-IRM du 13 octobre 2014 de l'épaule droite, pratiquée à un mois de l'accident, n'avait pas apporté d'argument en faveur d'une rupture, même partielle, de la coiffe des rotateurs, mais avait documenté des dégénérescences. Le médecin traitant, qui était le seul à estimer que la capacité de travail était nulle, avait motivé cette incapacité totale de travail par la combinaison de multiples atteintes qui ne pouvaient être rapportées à l'évènement assuré. Sur la base des conclusions du Dr H_____, il y avait dès lors lieu de reconnaître la recourante apte à exercer l'activité de secrétaire-réceptionniste à 50% dès le 2 novembre 2015 et à 100% dès le 29 février 2016.
46. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Concernant l'objet du litige, la chambre de céans constate, au vu des conclusions prises par la recourante, que les indemnités journalières ont selon toute vraisemblance été versées sur la base d'une incapacité de travail à 50% dès le 2 novembre 2015 et que la mention de leur octroi à 100% jusqu'au 28 février 2016 (cf. courrier de l'intimée du 19 février 2016 et décision du 19 octobre 2016) est manifestement erronée.

Partant, le litige porte, d'une part, sur le bien-fondé de la réduction des indemnités journalières à 50% dès le 2 novembre 2015 et de leur suppression à partir du 29 février 2016 et, d'autre part, sur le rapport de causalité entre l'accident du 26 septembre 2014 et les atteintes à la santé annoncées par la recourante au mois d'avril 2016 dans le cadre d'une rechute.

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGa ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

6. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves

dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). 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.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5 ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 ; OLAA - 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 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 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

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 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 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 consid. 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, en ce qui concerne le droit aux indemnités journalières, l'intimée a considéré que la recourante présentait, eu égard aux seules suites de l'accident du 26 septembre 2014, une capacité de travail de 50% dès le 2 novembre 2015 et de

100% dès le 29 février 2016, dans l'activité professionnelle habituelle. Pour ce faire, elle s'est fondée sur les avis de son médecin-conseil.

La recourante conteste ces conclusions et soutient ne pas avoir recouvré une quelconque capacité de travail en raison des nombreuses atteintes à la santé découlant du sinistre assuré, comme en attestent les rapports établis par ses médecins traitants.

12. a. La chambre de céans rappelle au préalable que les traitements prescrits et l'incapacité de travail attestée jusqu'au 28 février 2016 étaient motivés par les troubles du genou droit exclusivement. Le Dr H_____ a diagnostiqué un traumatisme associant une entorse et une lésion partielle du ligament croisé antérieur, ainsi que des douleurs rotuliennes. Il a également mentionné qu'une chondropathie rotulienne de stade III à IV avait été constatée sur la dernière IRM et qu'une dysplasie trochléaire avait été évoquée. Il a estimé que ces atteintes étaient compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements à plat, sans escaliers, à 50% (cf. rapport du 19 octobre 2015) dès le 2 novembre 2015 (cf. note de l'intimée du 21 octobre 2015).

L'appréciation précitée du Dr H_____ a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, dont les rapports d'imagerie, et repose sur un examen clinique complet de la recourante, dont les plaintes ont été prises en considération. Les conclusions du médecin-conseil, confirmées après l'étude de chaque nouveau rapport communiqué par la recourante, sont étayées et convaincantes. Il appert donc que son rapport du 19 octobre 2015 remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b. La recourante a reproché au médecin d'arrondissement de ne pas avoir mentionné les diagnostics de rupture complète du ligament interne et de rupture partielle du ligament externe. Il est établi par l'IRM du 11 décembre 2014 que la recourante a présenté, outre la rupture partielle du ligament croisé antérieur relevée par le médecin-conseil, une rupture du ligament latéral interne, une rupture partielle de la partie inférieure du retinaculum et un épanchement intra-articulaire modéré (cf. rapport du 12 décembre 2014 du Dr E_____). Toutefois, l'omission par le Dr H_____ du rappel de toutes ces lésions est sans conséquence dès lors que celles-ci n'étaient plus d'actualité lorsque le médecin-conseil a examiné la recourante, plus d'une année après le sinistre. En effet, lors de l'IRM du 1^{er} juin 2015, ont été objectivées des « séquelles » d'entorse du ligament collatéral interne sans rétraction des fibres, des signes de déchirure partielle du ligament croisé antérieur, une chondropathie fémoro-patellaire de grade III-IV et un épanchement articulaire modéré (cf. rapport du 2 juin 2015 du Dr F_____). D'ailleurs, à partir du mois de juin 2015, le médecin traitant n'a plus retenu de lésions ligamentaires à titre de diagnostics (cf. rapports des 26 juin et 13 août 2015 du Dr C_____) et les Drs G_____ et J_____ ont diagnostiqué un « status post » rupture des ligaments

interne et croisé antérieur (cf. rapport du 13 juillet 2015, respectivement du 29 septembre 2015).

La recourante conteste en outre les constatations du Dr H_____ quant à la mobilité de son genou droit et quant à une éventuelle atrophie musculaire. Il sied toutefois de relever que les observations du médecin d'arrondissement sont comparables à celles du Dr C_____ et de la Dresse I_____, médecins qui ont également noté des amplitudes de 110° et 0° en flexion et extension (cf. rapports du 13 août 2015, respectivement du 14 septembre 2015). Qui plus est, le Dr J_____ a observé une mobilité accrue puisqu'il a relevé une flexion/extension de 120/0/0 (rapport du 29 septembre 2015). Concernant l'éventuelle atrophie musculaire, rien ne permet de douter des mesures du médecin-conseil, étant relevé que seul le Dr C_____ a rapporté une atrophie (cf. rapport du 13 août 2015), observation non confirmée par les examens des autres médecins (cf. rapport du 29 septembre 2015 du Dr J_____).

La recourante fait ensuite grief au médecin-conseil d'avoir estimé, sans justification, qu'elle présentait une lésion dégénérative antérieure au sinistre. La chambre de céans constate à ce propos que si l'avis du 26 juillet 2015 du Dr H_____ est effectivement succinct et dénué de toute motivation, il a toutefois été confirmé par la suite par la radiographie du 6 avril 2016 qui a mis en exergue des troubles d'ordre dégénératif (cf. rapport du 7 avril 2016 du Dr N_____). Cela étant, la détermination du 19 octobre 2015 du Dr H_____ ne porte pas sur le lien de causalité naturelle entre les différentes atteintes du genou droit et le sinistre assuré, et donc sur un éventuel retour au statu quo ante ou sine, mais sur la capacité de travail de la recourante compte tenu des affections présentées au genou droit. Seule est donc décisive, s'agissant du droit aux indemnités journalières, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante.

c. Aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr H_____, aux termes de laquelle les troubles présentés au niveau du genou droit permettaient la reprise d'une activité professionnelle en position assise, avec quelques déplacements à plat, sans devoir se déplacer dans des escaliers, à 50% dès le 2 novembre 2015 (cf. rapport du 19 octobre 2015 et note de l'intimée du 21 octobre 2015). Il est souligné en particulier que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement tiennent parfaitement compte des déclarations de la recourante, laquelle lui a indiqué que son périmètre de marche était limité à 500 mètres, avec des arrêts fréquents, et qu'elle avait beaucoup de difficultés à emprunter des escaliers.

En ce qui concerne les autres avis au dossier, on relèvera que, après avoir attesté de la fin de l'incapacité de travail dès le 4 mai 2015 (cf. certificat du 30 avril 2015), le Dr C_____ a signé des arrêts de travail à 50% dès le 1^{er} juin 2015 et à 100% à partir du 23 juin 2015 (cf. certificats des 3 et 24 juin 2015), indiquant que sa patiente ne pouvait pas rester assise. Il n'a toutefois pas livré la moindre explication permettant de comprendre pour quelles raisons une telle position, permettant

l'épargne du genou droit, ne serait pas adaptée (cf. rapport du 26 juin 2015). Dans son rapport subséquent, le médecin traitant a maintenu que sa patiente n'était pas apte à travailler, mais n'a plus mentionné que la position assise serait contre-indiquée. Il a uniquement relevé des difficultés à la marche au-delà de 500 mètres et à la montée et descente des escaliers (cf. rapport du 13 août 2015), soit des restrictions similaires à celles retenues par le Dr H_____. Quant au Dr J_____, il n'a pas justifié l'incapacité totale de travail attestée, mais a indiqué que les symptômes présentés par la recourante empêchaient cette dernière de reprendre une « activité physique confortable » et une vie « sans douleur », sans faire état de limitations fonctionnelles incompatibles avec un métier exercé essentiellement en position assise (cf. rapport du 29 septembre 2015). S'agissant de la Dresse I_____, elle a effectivement attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'à la fin de l'année 2015, période pendant laquelle la recourante avait suivi de nombreuses séances de physiothérapie afin de pouvoir stabiliser son genou droit (cf. rapport du 15 janvier 2016). Cependant, elle a considéré à tort que la recourante avait travaillé en qualité de vendeuse, soit un métier requérant des déplacements et le maintien de la position debout. Son appréciation de la capacité de travail n'est donc pas non plus propre à douter des conclusions du Dr H_____. On relèvera encore que le taux de la capacité de travail retenu par le médecin d'arrondissement, soit 50% du 2 novembre au 28 février 2016, était compatible avec le suivi intensif de séances de physiothérapie.

d. À partir du 29 février 2016, le Dr H_____ a considéré que la recourante pouvait travailler à 100% dans l'activité habituelle (cf. avis du 5 février 2016).

La chambre de céans rappellera que cette opinion a été partagée par le Dr C_____, lequel a attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'au 28 janvier 2016 et d'une capacité partielle (50%) du 29 janvier au 29 février 2016 (cf. certificat du 28 janvier 2016). Toutefois, la recourante a annoncé une rechute et signalé une totale incapacité de travail dès le 11 mars 2016, produisant des certificats du Dr M_____. Ces incapacités de travail n'ont toutefois fait l'objet d'aucune motivation, jusqu'au rapport du 13 décembre 2016. Dans ce document, le médecin traitant a diagnostiqué, concernant le genou droit, une chondropathie fémoro-patellaire secondaire symptomatique et une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante, et s'est limité à indiquer que les activités utilisant les genoux étaient contre-indiquées à cause des douleurs. À l'appui de son recours, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr M_____, lequel a maintenu que la capacité de travail de sa patiente était nulle et précisé que les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles du genou droit consistaient en des difficultés à marcher (cf. rapport du 26 septembre 2017).

Aucun élément ne permet de considérer que les troubles présentés par la recourante au niveau du genou droit, dont la gonarthrose débutante mise en exergue par la radiographie du 6 avril 2016 (cf. rapport du 7 avril 2016 du Dr N_____) et retenue

à titre de diagnostic par le médecin traitant, seraient incompatibles avec l'activité habituelle de secrétaire-réceptionniste, laquelle est exercée en position assise.

e. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans accorde une pleine valeur probante à l'appréciation du Dr H_____, selon laquelle les atteintes présentées au niveau du genou droit sont compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle exercée en position assise, permettant quelques déplacements à plat, sans escaliers, à 50% dès le 2 novembre 2015 et à 100% dès le 29 février 2016.

13. En ce qui concerne les autres atteintes à la santé, l'intimée a considéré qu'elles n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 26 septembre 2014.

a. S'agissant de l'épaule droite, les premiers examens réalisés dans les suites de l'accident ont révélé un conflit sous-acromial chronique, un aspect dégénératif du labrum sans fissure ni déplacement et une tendinose, soit une atteinte chronique du tendon (cf. rapport du 13 octobre 2014 du Dr D_____). Aucune autre investigation n'a été réalisée et l'incapacité de travail et les traitements prodigués l'ont exclusivement été en raison des lésions présentées au niveau du genou droit. Les troubles de l'épaule droite n'ont pas été mentionnés par la recourante lorsqu'elle a annoncé sa rechute le 21 avril 2016. Ce n'est qu'en juillet 2016 que celle-ci a déclaré que son épaule était sensible depuis le sinistre de 2014, tout en précisant que cette articulation avait déjà été soignée suite à un choc en 1999. Le Dr M_____ a confirmé l'existence d'un état antérieur puisqu'il a relevé que l'accident assuré avait réveillé le conflit sous-acromial préexistant (cf. rapport du 13 décembre 2016) et le Dr T_____ a considéré que lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite et l'accident était possible, et non pas probable (cf. rapport du 19 septembre 2017).

Compte tenu de l'existence de lésions dégénératives antérieures au sinistre et du long laps de temps écoulé entre l'événement accidentel et les plaintes de la recourante, l'existence d'un lien de causalité naturelle doit être niée au degré de la vraisemblance prépondérante requis, conformément à l'évaluation du Dr T_____.

b. Concernant le coude droit, la recourante a pour la première fois fait état d'une épicondylite lors de l'annonce de la rechute (cf. formulaire du 21 avril 2016), soit plus de 18 mois après le sinistre. L'échographie réalisée au mois de mai 2017 a permis de conclure à une discrète tendinopathie pré-insertionnelle des tendons communs des extenseurs à l'épicondyle latéral et à une discrète irrégularité de la structure fibrillaire avec une minime hyperémie (cf. rapport du 30 mai 2017 du Dr T_____). L'argumentation du Dr M_____ (cf. rapport du 26 septembre 2017), basée exclusivement sur le principe « post hoc, ergo propter hoc » n'est pas suffisante pour retenir un rapport de causalité naturelle, ce d'autant plus que l'intervalle écoulé entre l'annonce de ces troubles et le sinistre est particulièrement long. Le Dr T_____ a d'ailleurs estimé que le lien de causalité entre ces atteintes et le sinistre assuré était uniquement possible (cf. rapport du 19 septembre 2017).

La position de l'intimée n'est donc pas critiquable.

c. S'agissant des troubles dont la recourante se plaint au niveau du rachis, il est rappelé que le CT total body réalisé le jour de l'accident n'a révélé aucune atteinte. Près d'une année après l'accident, des investigations ont été réalisées, soit une IRM lombo-sacrée le 1^{er} octobre 2015, laquelle a révélé de minimes signes de surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1 à droite (cf. rapport du 1^{er} octobre 2015 du Dr K_____), une radiographie de la colonne cervicale en mars 2016 qui a permis de conclure à un discret signe faisant suspecter une dysfonction C1-C2 (cf. rapport du 16 mars 2016 du Dr L_____) et une IRM cervicale le 4 juillet 2016, laquelle a essentiellement démontré des remaniements débutants de la charnière cervico-occipitale sans atteinte inflammatoire ou argument en faveur d'une lésion ligamentaire, et une minime discopathie C5-C6. À l'issue de cet examen, l'existence de séquelle post-traumatique a été écartée (cf. rapport du 5 juillet 2016 du Dr O_____), de sorte que l'avis du Dr M_____, lequel a affirmé, sans justification, que la recourante présentait des dysfonctions rachidiennes dont l'origine post-traumatique était « quasi certaine » (cf. rapport du 13 décembre 2016), ne sauraient être suivies.

La chambre de céans rappellera encore la jurisprudence fédérale selon laquelle, dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

Partant, aucun lien de causalité ne saurait être admis entre l'accident du 26 septembre 2014 et les troubles présentés au niveau du rachis et annoncés par la recourante en avril 2016.

d. Quant aux douleurs alléguées au niveau de la cheville et du pied droit, il est rappelé que les radiographies réalisées le jour de l'accident n'ont révélé aucune lésion osseuse (cf. rapport du 26 septembre 2014 de la Dresse B_____). De nouveaux examens ont été réalisés en juin 2015, soit une échographie et une radiologie du pied droit, lesquels n'ont permis de déceler aucune anomalie musculaire ou des tissus mous ni d'épine supérieure ou inférieure (cf. rapport du 1^{er} juin 2015 de la Dresse U_____). Des radiographies effectuées au mois de juin 2016 ont permis de confirmer l'absence de lésion osseuse, ainsi que de toute séquelle de fracture, d'épanchement articulaire ou de calcification dans les tissus mous. Seul un hallux valgus débutant et un pincement débutant de l'interligne articulaire de l'articulation métatarso-phalangienne a été observé (cf. rapport du 3 juin 2016 du Dr P_____). Ainsi, aucun document ne vient étayer les conclusions du Dr M_____, selon lesquelles le status post probable entorse de la cheville droite aurait été causé par l'accident (cf. rapports des 13 décembre 2016 et 26

septembre 2017), étant de surcroît relevé qu'aucun médecin n'a diagnostiqué d'entorse de la cheville droite dans les suites du sinistre.

e. Compte tenu des céphalées et symptômes associés, un bilan neurologique a été réalisé, sans qu'un déficit ne soit constaté (cf. rapport du 7 juillet 2016 de la Dresse Q_____), ainsi que deux IRM cérébrales les 12 décembre 2016 et 22 février 2017 qui ont révélé une lésion au niveau du plancher du IVème ventricule et « prolabant » au niveau du foramen de Magendie (cf. rapport du 24 mars 2017 du Dr V_____). En outre, le Dr M_____ a diagnostiqué une névralgie d'Arnold à la fin du mois de mai 2016 (cf. rapport du 13 décembre 2016).

La recourante ne soutient pas que ces atteintes résulteraient de l'accident. D'ailleurs, le Dr M_____ a mentionné que la lésion du IVème ventricule était « parallèle », sans la mettre en relation de causalité avec le sinistre (cf. rapport du 26 septembre 2017).

f. Enfin, en ce qui concerne l'état de santé psychique de la recourante, laquelle a expliqué avoir fait l'objet d'un traitement et d'un suivi régulier bien avant l'accident de septembre 2014, le psychiatre traitant a considéré que l'épisode dépressif moyen, influencé par des problèmes familiaux, était en rémission et n'engendrait aucune incapacité de travail (cf. rapport du 20 février 2017 du Dr R_____).

C'est donc à bon droit que l'intimée a suivi l'avis de son psychiatre-conseil, lequel a exclu tout rapport de causalité entre l'état psychique de la recourante et le sinistre assuré, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas devant la chambre de céans.

14. Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée, sur la base des documents en sa possession, à verser à la recourante des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 50% du 2 novembre 2015 au 28 février 2016, à mettre fin au versement desdites indemnités à partir du 29 février 2016 et à nier tout lien de causalité entre l'accident du 26 septembre 2014 et les atteintes à la santé annoncées par la recourante au mois d'avril 2016 dans le cadre d'une rechute.
15. Par conséquent, le recours sera rejeté.
16. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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