

GE_GERICHTE ATAS/1184/2014 vom 18. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1184_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1184/2014 du 18 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1184/2014 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 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 1er 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). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que le présent recours est dirigé contre une décision prise en application de la LAA. Interjeté dans la forme prévue par la loi, le recours du 6 mars 2014 contre la décision sur opposition du 4 février 2014 est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes au genou droit de la recourante doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 30 juin 2013. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). L'événement assuré étant survenu le 23 mars 2013, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

E. 3

a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

A/698/2014 - 13/22 - professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En

A/698/2014 - 14/22 - vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : 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. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a; ATF 116 V 145 consid. 2b). b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). En revanche, 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'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid.4; ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la

A/698/2014 - 15/22 - vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). c) Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et les références citées). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). d) Enfin, ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence

d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur- accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA,

A/698/2014 - 16/22 - on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

E. 5

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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. À cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a). 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

A/698/2014 - 17/22 - de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par ailleurs, 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/bb et

cc).

E. 6

Enfin, 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 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

E. 7

a) En l'occurrence, l'intimée est d'avis, en se fondant sur les avis des Drs H_____ et J_____, que l'accident du 23 mars 2013 a entraîné une entorse simple du genou droit de la recourante et que le retour au statu quo sine a été atteint au 30 juin 2013. Dans son rapport du 18 novembre 2013, le Dr H_____ a indiqué que la recourante avait fait un faux-mouvement en marchant, s'était tapé le genou à un poteau métallique et avait présenté des douleurs. Selon lui, l'IRM du 4 avril 2013 attestait d'une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, ce qui correspondait à une méniscose de la corne postérieure du ménisque interne, soit une lésion dégénérative, dont le lien de causalité n'était que possible avec l'événement. Il retenait par conséquent une entorse simple avec statu quo sine environ à trois mois de l'accident. Par rapport du 2 octobre 2014, le Dr H_____ a maintenu son avis. Dans son rapport du 14 janvier 2014, le Dr J_____ a également retenu une méniscose de nature dégénérative du ménisque interne et un status après contusion du genou droit. S'agissant des faits, il renvoyait à l'avis du Dr H_____ du 18 novembre 2013. Selon le Dr J_____, la deuxième IRM confirmait les conclusions du Dr H_____ et il était absolument clair qu'un tel état n'était pas provoqué par un traumatisme. Lors de l'opération, le chirurgien avait constaté une déchirure méniscale verticale incomplète au niveau de la surface inférieure du ménisque et selon le Dr J_____, de telles situations apparaissent au fil du temps en présence d'atteintes dégénératives. Selon ce médecin, la déchirure méniscale constatée lors de l'opération avait pu se former entre la date de l'IRM du 17 septembre 2013 et l'opération. b) La chambre de céans est d'avis que les rapports établis par les Drs H_____ et J_____ ne sauraient se voir accorder valeur probante dès lors que ces médecins

A/698/2014 - 18/22 - ont pris en compte un déroulement erroné de l'accident – soit un faux-mouvement en marchant - et que de surcroît, ils n'ont pas pris en considération les plaintes de la recourante. Qui plus est, leurs conclusions, selon lesquelles la recourante présente une contusion du genou droit à la suite de l'événement du 23 mars 2013, sont contredites par l'ensemble des pièces au dossier. Force est en effet de constater que l'IRM effectuée le 4 avril 2013, soit moins de deux semaines après l'accident du 23 mars 2013, a révélé une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne (rapport du Dr D_____, spécialiste FMH en radiologie). Par ailleurs, tous les spécialistes que la recourante a consultés ont confirmé le diagnostic de déchirure du ménisque, que ce soit le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique (rapport du 17 septembre 2013), le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation (rapports des 10 et 20

septembre 2013 et 10 juillet 2014) et le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapports des 26 novembre 2013 et 18 juillet 2014). Par ailleurs, le Dr F_____ a relevé que lors de l'événement du 23 mars 2013, le genou droit de la recourante avait subi un impact direct antéro-interne contre un poteau et une torsion; que la recourante se plaignait de douleurs dans le compartiment interne (rapport du 10 septembre 2013), de douleurs sur le ménisque interne et que l'examen clinique était évocateur d'une déchirure méniscale (rapport du 10 juillet 2014). Le Dr I_____ a également relevé que l'événement du 23 mars 2013 avait provoqué un choc et une torsion du genou droit de la recourante et que l'examen clinique avait confirmé une symptomatologie compatible avec une lésion du ménisque interne (rapport du 18 juillet 2014). L'IRM effectuée le 17 septembre 2013, soit près de six mois après l'accident, n'a certes plus constaté de déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, mais une anomalie de signal irrégulière de la corne postérieure du ménisque interne en faveur d'une lésion de grade II (rapport de la Dresse G_____). À cet égard, les Dr H_____ et J_____ sont d'avis que les deux imageries effectuées attesteraient de l'existence d'une méniscale, soit une atteinte dégénérative. Or, force est de constater que ni le Dr D_____, ni la Dresse G_____, tous deux spécialistes FMH en radiologie, n'ont conclu à l'existence d'une méniscale. Par ailleurs, le Dr F_____ a, de manière convaincante, expliqué que l'anomalie de signal irrégulière de la corne postérieure du ménisque interne en faveur d'une lésion de grade II relevée sur la seconde imagerie, correspondait à l'évolution, peut-être cicatricielle, de la déchirure méniscale constatée sur la première imagerie (rapport du 10 juillet 2014). Quoi qu'il en soit, force est de relever que l'arthroscopie du 26 novembre 2013 a permis de confirmer l'existence de cette déchirure inférieure de la corne postérieure du ménisque interne (Dr I_____, rapports des 26 novembre 2013 et 18 juillet 2014). Or, l'existence de cette déchirure lors de cette intervention chirurgicale n'est ni contestée par le Dr J_____ (rapport du 14 janvier 2014), ni par le Dr H_____ (rapport du 2 octobre 2014), lequel a d'ailleurs précisé que souvent seule l'arthroscopie permet plus finement de poser un diagnostic.

A/698/2014 - 19/22 - Il s'ensuit que non seulement les résultats des examens radiologiques, mais également les plaintes de la recourante, les examens cliniques effectués par les spécialistes et l'arthroscopie du 26 novembre 2013 ont permis de confirmer le diagnostic de déchirure du ménisque interne du genou droit de la recourante. Dès lors qu'elle répond au diagnostic de déchirure du ménisque, cette atteinte est susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA, pour autant qu'une cause extérieure ait au moins déclenché les symptômes. c) En l'occurrence, l'intimée a retenu dans sa décision litigieuse, en se fondant sur les premières déclarations de la recourante indiquées en date du 29 mai 2013, que le 23 mars 2013, en essayant de placer une grande bache publicitaire, la recourante avait glissé et son genou droit avait fortement tapé un poteau métallique. Elle avait ressenti une forte douleur, qui s'était atténuée rapidement, puis les douleurs avaient à nouveau augmenté de façon importante trois jours plus tard. Il n'est ainsi pas contesté par l'intimée, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, qu'une cause extérieure, soudaine et involontaire a déclenché une symptomatologie douloureuse au genou droit de la recourante, un traitement médical et une incapacité de travail (déclaration d'accident du 2 avril 2013; rapport du Dr C_____ du 18 mai 2013; questionnaire rempli par la recourante le 29 mai 2013; rapport du Dr H_____ du 18 novembre 2013). Partant, force est d'admettre que l'événement survenu le 23 mars 2013 a été le facteur extérieur déclenchant la déchirure méniscale au genou droit de la recourante.

d) Selon l'intimée, le lien de causalité entre cet événement et la lésion subie par la recourante à son genou droit devrait être nié au vu des conclusions concordantes des Drs H_____ et J_____ (rapports des 18 novembre 2013, 14 janvier et 2 octobre 2014). La chambre de céans relèvera que s'agissant du lien de causalité entre l'accident et la déchirure méniscale, les rapports établis par les Drs H_____ et J_____ ne sont en l'occurrence pas pertinents puisque ces médecins se sont uniquement prononcés sur le lien de causalité entre la lésion de type méniscale et l'accident. Selon le Dr J_____, la déchirure méniscale constatée lors de l'arthroscopie du 26 novembre 2013 surviendrait en présence d'atteintes dégénératives du ménisque (rapport 14 janvier 2014). On rappellera toutefois qu'un simple état dégénératif ou morbide antérieur, pour autant que celui-ci soit établi, ne suffit encore pas à exclure l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, les lésions listées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont couvertes par l'assureur- accidents, même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les

A/698/2014 - 20/22 - symptômes dont souffre l'assuré. En l'occurrence, ce qui est déterminant, est que la lésion a été provoquée par un événement dommageable soudain, involontaire et extérieur. Que la déchirure du ménisque ait pu se produire parce que le genou droit présenterait une atteinte dégénérative, ne permet pas d'attribuer cette lésion exclusivement à la maladie. Il n'est en effet pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate ou directe de l'atteinte à la santé ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Ainsi, qu'une atteinte dégénérative ait pu jouer un rôle important, voire prépondérant, dans la survenance de la lésion, n'est pas déterminant (voir arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 4.1; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 5.1). e) L'intimée fait également valoir que le Tribunal fédéral, dans ses arrêts 8C_35/2008 du 30 octobre 2008, U.198/00 du 30 août 2001 et U.63/96 du 28 novembre 1996, a noté le caractère exclusivement dégénératif des lésions méniscales, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et des microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure. La chambre de céans relèvera qu'il résulte de la lecture des arrêts précités, que c'est lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, et qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, que la lésion est considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. En l'occurrence, il est établi que la lésion du ménisque interne du genou droit de la recourante est attribuée à l'événement du 23 mars 2013. Elle ne saurait donc être considérée comme l'effet d'une maladie, contrairement à ce que prétend l'intimée.

E. 8

Compte tenu de ce qui précède, il y a donc lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 23 mars 2013 est à l'origine de la déchirure du ménisque diagnostiquée au genou droit de la recourante, de sorte que l'intimée doit prendre en charge les prestations légales relatives à cette atteinte. Par ailleurs, aucun rapport médical ne permet, compte tenu du diagnostic de la déchirure du ménisque interne, de fonder un retour au statu quo sine ou ante au 30 juin 2013, de sorte que le lien de causalité persiste au-delà de cette date et que c'est à tort que l'intimée a mis fin au versement des prestations à cette

date. Il incombera à l'intimée d'examiner à partir de quelle date, postérieurement à l'intervention chirurgicale effectuée le 26 novembre 2013 par le Dr I_____, le statu quo sine/ante a été atteint, étant rappelé que dans le cas des lésions assimilées à un accident, l'on ne peut pas se fonder simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées)

A/698/2014 - 21/22 -

E. 9

Le recours sera par conséquent admis, la décision sur opposition attaquée sera annulée (étant entendu que la décision confirmée par cette dernière n'entre évidemment pas en force et reste à jamais inopposable à la recourante), et l'intimée sera invitée à reprendre le versement de ses prestations. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 2'500.- [(art. 61 let. g LPGA ; art. 89H loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10); art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)].

A/698/2014 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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