

GE_GERICHTE A/1106/2017 vom 24. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1106_2017

FR: GE_GERICHTE A/1106/2017 du 24 avril 2018

IT: GE_GERICHTE A/1106/2017 del 24 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante contre VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Place de Milan, LAUSANNE intimée et ASSURA-BASIS SA, sise avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY appelée en cause EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1986, a travaillé en qualité de compliance officer pour une banque privée. À ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de Vaudoise Générale Compagnie d'assurances SA (ci-après l'assurance ou l'intimée), qui couvrait également la perte de gain résultant d'une maladie au titre d'une police d'assurance privée.![endif]>![if> 2. Le 8 mars 2016, l'assurée a adressé à l'assurance une déclaration d'accident-bagatelle. En descendant de voiture, elle avait manqué la marche et s'était tordu le genou.![endif]>![if> 3. Dans son rapport du 10 mars 2016, le docteur B_____, médecin généraliste, a indiqué que l'assurée avait subi une entorse du genou droit.![endif]>![if> 4. Dans son rapport du 16 mai 2016, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic d'entorse du genou droit. L'assurée avait décrit une chute, suivie d'un mouvement de cisaillement du genou. Il constatait une douleur à la palpation du tendon rotulien droit, mais pas d'épanchement ni d'instabilité. Le traitement s'était achevé le 29 mars 2016. ![endif]>![if> 5. Par courriel du 28 septembre 2016, l'assurée, par son gestionnaire, a signalé une rechute. Elle devait se faire opérer et son incapacité de travail durerait environ un mois. L'intervention se ferait à la Clinique Juge sise à Marseille, car ses parents y habitaient et s'occuperaient d'elle pendant son rétablissement. Son contrat de travail se terminait le 30 septembre 2016.![endif]>![if> 6. Par courrier du 29 septembre 2016 à l'employeur de l'assurée, l'assurance a indiqué qu'elle ne pouvait pas garantir la prise en charge de cette rechute. En effet, elle ne disposait pas des informations médicales à ce sujet. Elle invitait l'assurée, à qui elle adressait copie de sa correspondance, à intervenir auprès de la Clinique Juge afin de lui faire parvenir tous les documents médicaux nécessaires à l'établissement du droit aux prestations. Elle a en outre précisé qu'elle n'avait pas l'obligation de prendre en charge une intervention prévue à l'étranger.![endif]>![if> 7. Le 30 septembre 2016, l'assurée a fait parvenir à l'assurance un certificat établi par la doctoresse C_____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la Clinique Juge, attestant d'une incapacité de travail du 29 septembre au 21 octobre 2016. Elle a précisé qu'elle lui expédierait l'ensemble des factures liées à l'intervention chirurgicale sous un seul pli. ![endif]>![if> 8. Par courriel du 30 septembre 2016, l'assurée s'est étonnée que l'assurance adresse sa correspondance à son ancien employeur, et que l'absence de justificatifs lui soit reprochée. Elle l'avait en effet prévenue de son intervention, et n'était pas en mesure d'envoyer les documents requis le jour même de cette opération. Elle souhaitait connaître les prestations auxquelles elle avait droit.![endif]>![if> 9. Le 3 octobre 2016, l'assurée a fait parvenir à l'assurance les documents suivants :![endif]>![if> a. protocole opératoire de la Dresse C_____ du 29

septembre 2016, décrivant une arthroscopie du genou droit pour kyste synovial de Hoffa. L'exploration arthroscopique avait révélé que le ménisque et le cartilage étaient sains, à l'instar de la rotule et de la trochlée, et qu'il n'y avait pas de lésion ligamentaire au niveau de l'échancrure intercondylienne ;![endif]>![if> b. rapport de la Dresse C_____ du 29 septembre 2016, soulignant l'importance du repos articulaire durant quatre à six semaines après l'arthroscopie.![endif]>![if> 10. Invité à se déterminer sur la suite de la prise en charge, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a retenu dans son avis du 4 octobre 2016 que le kyste de Hoffa pour lequel l'assurée avait été opérée n'était pas d'origine traumatique. Il n'y avait pas de lien de causalité avec l'accident. Le traitement de l'entorse s'était achevé le 23 mars 2016 selon le Dr B_____. ![endif]>![if> 11. Par courriel du 24 octobre 2016, l'assurée a transmis à l'assurance un certificat de la Dresse C_____, attestant d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2016.![endif]>![if> 12. Par décision du 25 novembre 2016, l'assurance a refusé la prise en charge de l'intervention pratiquée par la Dresse C_____. Elle a rappelé que le droit aux prestations de l'assurance-accidents était subordonné à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la lésion. En l'espèce, au vu du rapport du 29 septembre 2016 de la Dresse C_____, l'affection opérée était de nature exclusivement malade. L'incapacité de travail à partir du 29 septembre 2016 serait indemnisée au titre de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. ![endif]>![if> 13. L'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance par courrier du 22 décembre 2016. Elle a affirmé que le Dr B_____ avait indiqué dans son rapport initial qu'une chute accidentelle avait entraîné les douleurs. Ces douleurs et les difficultés à marcher n'avaient jamais cessé depuis l'accident, et ce malgré les traitements. Une visite médicale au cours du mois de mars avait été nécessaire en raison de ces douleurs. L'assurée avait ensuite attendu qu'elles disparaissent, avant d'être alertée par des épanchements. Elle avait alors consulté un radiologue, qui avait constaté l'existence de kystes synoviaux dans le genou. Ainsi, l'aggravation de son état était bien consécutive à l'accident. Elle n'avait en effet jamais eu de problème à cette articulation auparavant. Sa généraliste, la doctoresse E_____ considérait que les kystes étaient probablement d'origine accidentelle. Le lien de causalité était ainsi irréfutable.![endif]>![if> L'assurée a produit un certificat du 20 décembre 2016 de la Dresse E_____, attestant que celle-ci n'avait jamais présenté de problème de genou et que le kyste du genou droit était probablement d'origine traumatique. 14. Par courrier du 20 janvier 2017, l'assurée a complété son opposition en affirmant que les douleurs et les symptômes ayant conduit à l'intervention chirurgicale de septembre 2016 s'étaient développés à la suite de son accident. Elle a joint un certificat de la Dresse C_____ du 4 janvier 2017, aux termes duquel il était difficile d'exclure totalement une origine traumatique du kyste opéré. En effet, ce kyste était dans une position atypique, avec un développement assez important.![endif]>![if> 15. Dans son avis du 13 février 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que selon le dossier médical et en particulier le protocole opératoire, le mécanisme lésionnel et les découvertes arthroscopiques n'étaient pas compatibles avec des lésions traumatiques. Il fallait en outre relever l'absence de lésions cartilagineuses, méniscales et ligamentaires. Le traitement en lien avec l'accident était donc terminé le 23 mars 2016, comme l'indiquait le Dr B_____.![endif]>![if> 16. Par décision du 21 février 2017, l'assurance a écarté l'opposition. Elle a souligné que la persistance ou l'apparition de symptômes postérieurement à un accident ne suffisait pas pour retenir leur origine accidentelle. Ainsi, l'argument de la Dresse E_____ tombait à faux. Le Dr F_____

indiquait clairement que les lésions n'étaient pas compatibles avec des lésions traumatiques. Le fait qu'il soit difficile selon la Dresse C_____ d'exclure totalement l'origine traumatique d'une lésion signifiait que cette origine était seulement possible, et ne suffisait donc pas à admettre un lien de causalité avec l'accident. Ainsi, la relation de causalité entre l'entorse du genou droit consécutive à l'évènement du 6 mars 2016 et le kyste synovial de Hoffa n'était ni certaine, ni même probable. !

17. Par acte du 27 mars 2017, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'intimée. Elle a sollicité un délai pour compléter son recours. !

18. La recourante a complété son recours le 3 mai 2017. Elle a conclu à l'annulation de la décision, au versement d'indemnités journalières durant 30 jours et à la prise en charge des frais liés à l'intervention chirurgicale. !

La recourante a contesté l'appréciation de l'intimée niant le lien entre son accident du 6 mars 2016 et l'intervention au genou. Cette appréciation ne correspondait pas à celles de son médecin traitant et de la Dresse C_____. Elle a répété ne pas avoir eu de douleur ou de problème mécanique au genou droit auparavant. Alléguer l'absence de lésions cartilagineuses, méniscales et ligamentaires, comme le faisait le Dr F_____, n'était selon elle pas compatible avec les conclusions de l'IRM réalisée le 14 septembre 2016, qui faisait état d'une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que d'une tendinopathie rotulienne distale. De plus, la seule lecture du protocole opératoire n'était pas suffisante et ne permettait pas d'écarter les avis de deux radiologues. Il apparaissait ainsi au niveau de la vraisemblance prépondérante qu'il existait bien un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 6 mars 2016 et l'intervention chirurgicale du 29 septembre 2016. La recourante a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son écriture :

- a. rapport de radiographie du genou droit du 3 septembre 2016, révélant un comblement discrètement hyperdense du triangle de Hoffa. Il pouvait s'agir d'une Hoffa, d'une synovite ou d'une formation kystique, à confronter aux données cliniques ; !
- b. rapport d'IRM du genou droit du 14 septembre 2016, concluant à un kyste synovial multiloculé occupant la graisse de Hoffa et s'étendant dans l'espace articulaire, évoquant une synovite sans calcification en son sein. Il n'y avait pas d'argument pour une synovite villonodulaire, mais une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne et une tendinopathie rotulienne distale ; !
- c. rapport du Dr B_____ du 16 septembre 2016, indiquant la persistance d'une douleur invalidante du genou droit avec défaut d'extension et exacerbation dans les escaliers depuis fin juin 2016 ; !
- d. rapport de la Dresse C_____ du 23 septembre 2016, signalant des douleurs depuis l'été et une gêne importante. Une exérèse du kyste était prévue ; !
- e. rapport de la Dresse C_____ du 26 avril 2017, certifiant que la cause la plus probable de la lésion kystique au niveau du genou droit était traumatique accidentelle. !

19. Dans son rapport du 23 mai 2017, le Dr F_____ a indiqué que le rapport opératoire primait sur les rapports radiologiques, qui restaient des examens indirects grevés d'un certain nombre de faux positifs et de faux négatifs. En outre, les rapports de radiographie du 3 septembre 2016 et l'IRM du 14 septembre 2016 confirmaient tout au plus la présence de lésions dégénératives (soit une tendinopathie du tendon quadricipital et une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne) et, partant, l'absence de lésions traumatiques en lien avec l'accident du 6 mars 2016. !

20. Dans sa réponse du 22 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. ! Elle a allégué que le fait que les troubles dégénératifs aient été asymptomatiques jusqu'en 2016 ne changeait rien à leur nature. Elle s'est référée au rapport du Dr F_____ du 23 mai 2017, produit à l'appui de ses conclusions, dont elle a repris le

contenu. Quant à la Dresse C_____, elle avait indiqué le 4 janvier 2017 qu'il était difficile d'exclure totalement l'origine traumatique du kyste, alors qu'elle affirmait le 26 avril 2017 que la cause la plus probable était traumatique accidentelle. Cependant, aucun argument médical n'était présenté afin d'expliquer ce changement de position. 21. Par réplique du 21 août 2017, la recourante a conclu à l'annulation de la décision, au versement de 30 indemnités journalières, et à la prise en charge des frais liés à l'intervention chirurgicale, estimés à CHF 6'000.-. Elle requérait subsidiairement la désignation d'un expert pour déterminer la genèse des kystes. Elle a contesté la force probante du rapport du Dr F_____, qui ne l'avait pas auscultée et n'était pas expert en chirurgie orthopédique. Elle a répété qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 6 mars 2016 et l'intervention chirurgicale du 29 septembre 2016. 22. Par duplique du 13 septembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions, en déclarant s'opposer à une expertise médicale. Elle a notamment soutenu qu'il n'était pas établi que la persistance des douleurs consécutives à l'accident du 6 mars 2016 ait justifié la seconde consultation du 29 mars 2016, le Dr B_____ ayant indiqué que le traitement s'était terminé à cette date, ni qu'elle ait nécessité les examens radiologiques de septembre 2016. Le Dr B_____ mentionnait d'ailleurs la persistance d'une douleur invalidante depuis fin juin 2016, la Dresse C_____ depuis l'été 2016. Dès lors, tout indiquait que les douleurs en lien avec l'accident du 6 mars 2016 avaient cessé au plus tard le 29 mars 2016, et rien ne permettait d'affirmer que ces mêmes douleurs étaient réapparues en juin 2016. L'intimée est revenue sur les rapports de la Dresse C_____ et du Dr F_____, en soulignant que la question à trancher relevait de la doctrine médicale. Partant, un examen par le médecin-conseil de l'intimée n'était pas nécessaire. 23. Invitée par la chambre de céans à lui communiquer le nom de son assurance-maladie, la recourante a déféré à cette requête le 15 janvier 2018, indiquant qu'il s'agissait d'Assura-Basis SA. Elle a ajouté que la reconnaissance de la responsabilité de l'intimée avait également pour conséquence le versement d'indemnités journalières durant 30 jours. Son arrêt de travail, survenu au moment où elle avait changé d'employeur, avait eu pour effet de la priver de revenu pendant cette période. De plus, la non reconnaissance de la responsabilité de l'intimée aurait pour effet de faire émettre des réserves au sujet de son genou par tout assureur privé. 24. Par ordonnance du 21 février 2018, la chambre de céans a appelé en cause Assura-Basis SA (ci-après l'appelée en cause). 25. L'appelée en cause s'est déterminée le 8 mars 2018. Elle a indiqué qu'elle avait soumis les pièces essentielles de la procédure à son médecin-conseil, le docteur G_____. Ce dernier était d'avis que les troubles du genou droit ayant nécessité le traitement dès le 23 mars 2016, et plus particulièrement l'intervention du 29 septembre 2016, n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 mars 2016. Ils relevaient ainsi de l'assurance-maladie. L'appelée en cause notait qu'il n'existait apparemment aucune raison médicale justifiant que l'intervention ait eu lieu à Marseille, raison pour laquelle sa prise en charge serait certainement refusée. 26. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante et à l'intimée le 13 mars 2018. 27. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas

d'espèce.![]> 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi,

est recevable (art. 56 à 60 LPGA).![]> 4. Le litige porte sur le droit de la

recourante à la prise en charge par l'intimée au titre de l'assurance-accidents de

l'intervention pratiquée en septembre 2016 et de l'incapacité de travail consécutive à cette

intervention, plus particulièrement sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre

l'accident subi le 6 mars 2016 et le kyste opéré.![]> 5. Aux termes de 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 l'indemnité journalière

naît le troisième jour qui suit celui de 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). En

vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale

de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle,

l'indemnité journalière est réduite en conséquence. ![]> 6. Selon l'art. 10 al. 1

LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à

savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a) ainsi que le

traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital (let. c).

Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter

une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les

atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature

à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est

donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement

une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2014 du 23

janvier 2015 consid. 2.1).![]> 7. La responsabilité de l'assureur-accident

s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un

rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement

assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3).![]> Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'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 se présente 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 en

se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement

à l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a). La preuve de la disparition du lien de

causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident.

Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune

atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 8. Sans

remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

9. 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 prépondérant. 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 353 consid. 5b;

ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).!

10. En l'espèce, l'intimée a justifié son refus de prise en charge en se référant aux avis des Drs D_____ et F_____, lesquels concluent à l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 mars 2016 et le kyste opéré. On relèvera en premier lieu que contrairement à ce que la recourante semble alléguer, ces deux médecins sont spécialisés en orthopédie. Ils ont certes fondé leurs conclusions sur une analyse du dossier médical et non sur leur propre examen clinique. Cependant, conformément à la jurisprudence citée, cela ne suffit pas à dénier toute force probante à leurs avis. Par ailleurs, compte tenu de la nature de la question médicale à trancher – soit l'étiologie accidentelle ou pathologique d'un kyste dans l'articulation du genou – un examen consistant essentiellement en une auscultation externe, pratiquée après l'ablation du kyste, n'amènerait guère d'éléments supplémentaires déterminants par rapport à l'analyse des constatations ressortant du rapport d'arthroscopie et des documents d'imagerie. En outre, l'avis du Dr F_____ est motivé à satisfaction de droit. Ses conclusions reposent en effet sur l'absence de lésions traumatiques mises en évidence lors de l'arthroscopie et dans les rapports d'imagerie. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, il est exact que les seules anomalies révélées par l'IRM consistent en une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne et une tendinopathie rotulienne distale. Or, il s'agit là d'atteintes relevant d'un processus dégénératif, comme l'a du reste confirmé le médecin-conseil de l'intimée. Ce dernier a considéré que le traitement consécutif à l'accident de mars 2016 s'était achevé le 23 mars 2016. Il doit être suivi également sur ce point, dès lors que la date retenue correspond à celle que le Dr B_____ a avancée dans son rapport du 16 mai 2016. Il n'existe du reste aucun élément permettant de considérer que l'accident continuait de déployer des effets au-delà de cette date. D'une part, comme on l'a vu, aucune lésion traumatique du genou n'a été constatée. D'autre part, il ressort des anamnèses rapportées tant par le Dr B_____ que par la chirurgienne qui a opéré la recourante que ses douleurs sont survenues en été 2016, et n'ont ainsi pas été constantes depuis l'accident. Au vu de ces explications, qui sont convaincantes et ne sont au demeurant pas remises en question par le médecin-conseil de l'appelée en cause, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation du Dr F_____. Les arguments de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En ce qui concerne le certificat de la Dresse E_____ du 20 décembre 2016, ce médecin y expose que la recourante n'avait jamais souffert du genou droit avant son accident, et semble en inférer une origine traumatique du kyste. Cependant, il s'agit là d'un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ». Or, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Cela vaut a fortiori lorsqu'un intervalle de quelques mois sans symptômes sépare l'accident de l'apparition des douleurs et de la découverte du kyste, comme en l'espèce. En ce qui concerne les avis de la Dresse C_____, comme le souligne à juste titre l'intimée, ce médecin a modifié sa position entre son rapport de janvier 2017 et celui d'avril 2017, ce qui justifie que ses certificats soient appréciés avec une certaine prudence. De plus, dans le premier de ces documents, la Dresse C_____ n'explique pas en quoi la position et le développement permettraient de conduire à la nature traumatique du kyste. Quant au fait que l'origine traumatique ne puisse « être totalement exclue », cela

n'est pas un critère nécessaire pour le refus de prise en charge, dès lors qu'une origine malade démontrée non pas de manière certaine mais au degré de la vraisemblance prépondérante, comme c'est le cas en l'espèce, suffit. La recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, dès lors que la chambre de céans dispose des renseignements nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, une telle mesure s'avère inutile. Compte tenu de ces éléments, la décision de l'intimée s'avère fondée. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

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