

## GE\_GERICHTE A/2574/2012 vom 13. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2574\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2574_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2574/2012 du 13 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2574/2012 del 13 giugno 2013

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Madame R\_\_\_\_\_, à THONEX, représentée par X\_\_\_\_\_ recourante contre HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame R\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1960, travaille en tant que « coal traffic operator » et est affiliée par son employeur contre le risque d'accidents auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après l'assurance).!>2. Le 19 décembre 2011, l'employeur de l'assurée a annoncé à l'assurance que, le 16 décembre vers midi, l'assurée avait ressenti une "grosse douleur" au genou alors qu'elle courait pour attraper un tram. !>3. Le même jour, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM du genou de l'assurée. Cet examen a mis en évidence une altération de la morphologie et du signal de la corne postérieure du ménisque interne avec une ébauche de fissure de sa face superficielle et de chondropathie érosive tibio-fémorale interne et externe régulière de stade II. !>4. Le 21 décembre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroscopie diagnostique et résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne à gauche. Le médecin a notamment observé une chondrocalcinose importante de tout le ménisque interne, ainsi qu'une déchirure horizontale de la corne postérieure jusqu'à la jonction avec le corps méniscal. Dans le protocole opératoire, il a fait état d'une déchirure horizontale étendue de la corne postérieure du ménisque interne à gauche, révélée par l'IRM, d'une chondrocalcinose méniscale et d'un status après résection partielle du ménisque interne à droite (trois ans plus tôt). Ce médecin a ajouté avoir constaté, à l'examen, le 16 décembre 2011, une impossibilité de charge et une limitation de la mobilité de l'articulation.!>5. Dans un rapport du 23 janvier 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée avait souffert de douleurs soudaines dans le genou gauche alors qu'elle courait. Les diagnostics étaient ceux de déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne gauche et de chondrocalcinose articulaire du genou gauche. L'incapacité de travail avait été complète du 16 au 28 décembre 2011. !>6. Le 12 mars 2012, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a relevé que la lésion méniscale était survenue dans le cadre d'une chondrocalcinose, laquelle avait déjà eu des conséquences articulaires, puisque l'assurée avait été opérée du genou droit trois ans auparavant. !>7. Dans une déclaration d'accident rédigée en anglais et adressée le 2 avril 2012 à son assureur-maladie, l'assurée a précisé avoir trébuché sans tomber ( "I accidentally tripped. I did not fall to the ground" ), alors qu'elle courait afin de rattraper le tram. Elle avait alors ressenti une vive douleur, qui s'était intensifiée. Elle avait dû quitter son travail vers 16 heures afin de gagner la Clinique des Grangettes en taxi. !>8. Par décision du 4 mai 2012, l'assurance a refusé de prendre en charge l'événement annoncé. Se référant aux explications de son médecin-conseil, elle a nié l'existence d'un lien

de causalité naturelle entre l'événement et l'atteinte à la santé actuelle, dont elle a estimé qu'elle était imputable à d'autres facteurs : la lésion méniscale résultait de la chondrocalcinose, soit d'une pathologie générale qui avait d'ores et déjà entraîné des effets sur l'articulation droite de l'assurée, opérée trois ans plus tôt. 9. A la demande de l'assurée, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est déterminé le 29 mai 2012. Il a relevé que les informations sur l'opération du genou droit provenaient du rapport opératoire du Dr B \_\_\_\_\_ et qu'on ignorait si cette intervention avait été pratiquée en raison d'une maladie ou d'un accident. Quant à la chondrocalcinose, elle n'impliquait pas des déchirures du ménisque mais seulement une fragilisation. Selon le médecin, on ne pouvait affirmer que le ménisque se serait de toute façon déchiré. Après l'accident, l'assurée avait immédiatement ressenti des douleurs et une limitation de la flexion et une impossibilité de charge de son genou avaient été constatées. Compte tenu de cet élément, le médecin a conclu qu'il fallait admettre un lien de causalité naturelle très vraisemblable entre l'événement du 16 décembre 2011 et la lésion du genou gauche. 10. Le 18 juin 2012, le Dr C \_\_\_\_\_ a précisé que la chondrocalcinose était une pathologie générale rhumatismale entraînant une modification des structures du genou par inclusion de dépôts calciques. Au niveau des ménisques, cela se traduisait par des déchirures secondaires, le tissu méniscal n'étant plus homogène ni élastique. En courant normalement, des déchirures ne devaient pas se produire car les contraintes restaient dans un cadre physiologique. 11. Par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2012, l'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance en relevant que celle-ci ne contestait pas la survenance d'un accident, mais seulement l'existence d'un lien de causalité naturelle avec celui-ci. Or, le Dr C \_\_\_\_\_ s'était contenté d'évoquer la chondrocalcinose sans se prononcer sur l'existence d'un tel lien. L'assurée a rappelé que, suite à l'accident, elle s'était immédiatement plainte de douleurs et avait consulté le jour même un médecin qui avait constaté une diminution de la mobilité. Se référant à l'avis du Dr D \_\_\_\_\_, l'assurée a allégué que le fait que son genou droit ait déjà été opéré ne devait avoir aucune incidence sur la prise en charge de l'atteinte à son genou gauche. 12. Par décision du 22 juin 2012, l'assurance a écarté l'opposition. Elle a considéré qu'il n'y avait pas eu accident au sens de la loi et que les conditions pour admettre une lésion assimilée à un accident n'étaient pas non plus réunies, dès lors qu'il n'y avait pas eu facteur extérieur comportant un risque de lésion accru. En effet, le simple fait de courir s'apparentait à un mouvement corporel volontaire, c'est-à-dire à l'exécution d'une activité quotidienne. La chondrocalcinose représentait un facteur extérieur à l'accident ayant déjà joué un rôle articulaire, l'assurée ayant été opérée du genou droit trois ans plus tôt. Elle ne pouvait dès lors prétendre la prise en charge des suites de l'événement. 13. Par acte du 23 août 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à la prise en charge par l'assurance des suites de l'événement du 16 décembre 2011. La recourante allègue que l'intimée a d'abord fondé son refus sur l'absence de lien de causalité naturelle qu'elle a déduite de l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, lequel ne saurait se voir reconnaître la moindre valeur probante. La recourante reproche par ailleurs à l'intimée de n'avoir pas investigué les circonstances de l'évènement afin d'examiner s'il y avait lésion assimilée à un accident. Or, selon la recourante, la lecture de sa déclaration d'accident ne laisse aucun doute sur le fait qu'elle a été victime d'un accident assuré et qu'il y a au surplus bien eu facteur extérieur : en effet, il ne s'agissait pas de course à pied - laquelle ne constitue pas un facteur extérieur selon la jurisprudence - mais d'une course intense pour attraper un tram en train de partir. 14.

Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 21 septembre 2012, a conclu au rejet du recours. [endif]>[if> L'intimée soutient qu'on ne saurait parler d'accident au sens de la loi dans le cas d'espèce. Elle fait remarquer que la déclaration à l'assurance-maladie a été rédigée plus de trois mois après l'événement et qu'elle ne peut dès lors se voir qualifier de déclaration de la première heure au sens de la jurisprudence. Elle ajoute qu'un mouvement corporel volontaire, sans perturbation dans le déroulement, ne constitue pas une cause extérieure permettant d'admettre une lésion assimilée à un accident. Le simple fait de courir, comme en l'espèce, s'apparente à un tel mouvement corporel volontaire, dans l'exécution d'une activité quotidienne ne dépassant pas les sollicitations normales du corps. Pour le surplus, l'intimée affirme que l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ est amplement motivé et qu'il peut se voir reconnaître valeur probante. L'intimée rappelle que la recourante souffre de chondrocalcinose, c'est-à-dire d'un état dégénératif avancé du genou, et qu'une simple course ne peut induire de déchirure méniscale. Elle estime par ailleurs qu'elle pouvait renoncer à de plus amples mesures d'instruction puisque l'examen ne laissait pas subsister de doute sérieux sur les circonstances de l'événement annoncé le 10 janvier 2012. Enfin, elle relève que l'IRM a révélé une ébauche de fissure de la face superficielle de la corne postérieure du ménisque interne, alors que le Dr B \_\_\_\_\_ a affirmé qu'il mettait en évidence une déchirure horizontale étendue du ménisque interne à gauche, ce qui est contradictoire. 15. Par écriture du 8 novembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Elle allègue que l'intimée ne peut se prévaloir du fait que la description détaillée contenue dans l'annonce de sinistre à l'assureur-maladie est tardive, dès lors que l'absence d'indications précises est imputable à sa mauvaise gestion du dossier. Elle affirme en outre que, selon la jurisprudence, le passage de la station debout à la course suffit à admettre l'existence d'un facteur extérieur permettant d'assimiler une lésion à un accident. Quant à la divergence d'interprétation de la déchirure par le radiologue et le chirurgien, la recourante soutient que les constatations opérées de visu par le Dr B \_\_\_\_\_ sont déterminantes ; or celui-ci a constaté une déchirure horizontale de la corne postérieure jusqu'à la jonction du corps méniscal. Enfin, la recourante soutient que dès lors que l'intimée avait initialement accepté la prise en charge des frais de traitement liés à son accident, elle ne pouvait la refuser par la suite, le 4 mai 2012, que sous l'angle d'une reconsidération. Or, les conditions d'une telle décision n'étaient pas remplies, puisque la prise en charge des suites de l'événement n'était pas manifestement erronée. A l'appui de sa position, la recourante produit un courrier de la Clinique des Grangettes du 10 septembre 2012 faisant état de plusieurs factures la concernant, réglées par l'intimée. 16. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimée le 12 novembre 2012. [endif]>[if> 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; RSG E 2 05) en vigueur depuis 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).[endif]>[if> La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. [endif]>[if> 3. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. [endif]>[if> 4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). [endif]>[if> 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'événement du 16 décembre 2011 peut être qualifié d'accident ou

assimilé à un accident et, dans l'affirmative, si un lien de causalité peut être établi entre l'évènement et les troubles dont la prise en charge est demandée. 6. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident 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 LPGGA). Le facteur extérieur peut être qualifié d'extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1; RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). 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'évènement assuré (ATF non publié 8C\_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3). L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Sur cette base, le Conseil fédéral a adopté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), qui contient la liste exhaustive de toutes les lésions corporelles pouvant être assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi des fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de cette disposition, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). 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 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). En revanche, si 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 (ATF non publié 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGGA). En particulier, en l'absence de 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 sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 2.2). 8. Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un évènement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru,

comme c'est le cas de nombreux sports (ATFA non publié U 398/06 du 21 novembre 2006, consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident. La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur, qui sans être de caractère extraordinaire doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2).

9. L'existence d'une cause extérieure permettant d'assimiler une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA à un accident a donné lieu à une abondante casuistique du Tribunal fédéral. La notion de cause extérieure a notamment été admise dans les cas suivants : une fracture d'une vertèbre à la suite de contractions causées par une crise d'épilepsie (SVR 1998 UV N° 22, p. 81), le fait de pousser un lourd panier de linge du pied gauche et de faire un mouvement brusque conduisant à une entorse du genou droit (RAMA 2000 N°U 385 p. 267), un saut du haut d'un carton d'emballage (RAMA 2001 N° U 435 p. 332), une entorse du genou en glissant sur un terrain inégal après avoir tenté de séparer des chiens qui se battent (ATFA non publié U 27/00 du 27 juin 2001), un faux pas en jouant au volley-ball, provoquant un pincement au genou gauche (ATFA non publié U 92/00 du 27 juin 2001), un saut d'une hauteur de 60 centimètres d'un chariot à bagages (ATFA non publié U 266/00 du 21 septembre 2001), l'élongation des muscles adducteurs pendant l'entraînement au football (ATFA non publié U 20/00 du 10 décembre 2001), une entorse d'un ligament de la cheville gauche après un mouvement de rotation en jouant au hockey en salle (ATFA non publié U 287/00 du 22 février 2002), une brusque rotation dans une cuisine avec douleurs subséquentes au genou (ATFA non publié U 5/02 du 21 octobre 2002), une déchirure partielle du tendon rotulien pour un danseur effectuant un porté accroupi (ATFA non publié U 153/06 du 16 août 2006), et une lésion du ligament du genou droit pour un skieur pratiquant le carving (ATFA non publié U 223/05 du 27 octobre 2005). En outre, il a été jugé que le simple fait de passer de la station debout à la course constitue une cause extérieure de nature à provoquer une lésion assimilée à un accident (ATFA non publié U 362/06 du 4 juillet 2007, consid. 4.2.2). La présence d'une cause extérieure doit ainsi être admise au départ d'une course, lorsqu'on s'élance afin de ne pas rater son train ou de porter assistance à quelqu'un (ATFA non publié U 398/06 du 21 novembre 2006, consid. 3.2.1).

En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable a été niée en présence d'une charge de travail importante et répétée qui a conduit à l'augmentation continue et l'aggravation de douleurs aux genoux (ATFA non publié U 198/00 du 30 août 2001), d'une lésion au genou survenue en montant des escaliers (ATFA non publié U

159/03 du 11 décembre 2003), d'une élongation musculaire dont les douleurs ont été ressenties lors d'une course à pied (ATFA non publié U 100/03 du 31 octobre 2003), ou encore d'une élongation d'un ligament pendant le jogging (ATFA non publié 8C\_118/2008 du 23 octobre 2008). 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 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; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

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. A 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). 11. En l'espèce, l'existence d'une atteinte faisant partie du catalogue de l'art. 9 al. 2 OLAA ne fait aucun doute puisque le Dr B \_\_\_\_\_ a constaté une déchirure horizontale du ménisque. Il convient donc d'examiner si une cause extérieure permet d'assimiler cette lésion à un accident.

Comme cela ressort de la jurisprudence précitée, le passage de la marche à la course afin de rattraper un tram, comme en l'espèce, peut indubitablement constituer un facteur extérieur représentant un risque accru. A cet égard, peu importe que le fait de se mettre à courir pour attraper un train ou un bus soit un phénomène fréquent, dès lors que la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATFA non publié U 362/06 du 4 juillet 2007, consid. 3). Compte tenu de cette jurisprudence, l'intimée ne peut être suivie lorsqu'elle nie l'existence d'une cause extérieure permettant d'assimiler la lésion de la recourante à un accident. Pour ce motif déjà, la décision de l'intimée doit être annulée. Par surabondance, on soulignera que, selon la déclaration de la recourante à l'assurance-maladie, il y a incontestablement eu un facteur extérieur puisque l'assurée a précisé avoir trébuché dans sa course, ce qui constitue un mouvement involontaire. On ne peut en particulier pas écarter cette version en se fondant sur le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (ATF non publié 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 3.2). Selon ce principe, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). Or, en l'espèce, le formulaire adressé à l'assurance-maladie constitue en réalité la première déclaration de la

recourante. En effet, les seules explications dont l'intimée disposait auparavant sur le déroulement de l'événement émanaient de l'employeur, respectivement du médecin de la recourante. On ne peut dès lors pas écarter la possibilité que ceux-ci n'aient pas fidèlement retranscrit les indications de l'intéressée. De plus, les déclarations à l'intimée et à l'assurance-maladie ne sont pas contradictoires, la description de l'événement à la dernière étant simplement plus complète que celle du 19 décembre 2011. A cet égard, il faut rappeler que le Tribunal fédéral a jugé qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF 8C\_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). Tel est a fortiori le cas en l'occurrence. Il est en effet possible que l'employeur et le médecin de la recourante n'aient pas jugé nécessaire d'interroger la recourante avec précision sur les détails des événements survenus ou de les relater avec précision. 12. Il convient à présent de se pencher sur la question du lien de causalité. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). 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. Toutefois, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2.3). En l'espèce, et contrairement à ce qu'allègue l'intimée, on ne saurait conclure que la lésion du ménisque est manifestement imputable à des troubles dégénératifs. La présence d'une chondrocalcinose ne suffit en effet pas à considérer que la déchirure méniscale est manifestement d'origine dégénérative, compte tenu notamment du caractère soudain et immédiat des douleurs ressenties après l'événement du 16 décembre 2011. Il n'est d'ailleurs pas inutile de souligner que la position du médecin-conseil de l'intimée relève de la conjecture : en premier lieu, aucun élément du dossier ne permet d'affirmer que la résection partielle du ménisque du genou droit trois ans plus tôt était imputable à une chondrocalcinose ; en second lieu, même si tel avait été le cas, on voit mal comment cela permettrait d'exclure la survenance d'une lésion accidentelle dans une autre articulation. Partant, les hypothèses du Dr C\_\_\_\_\_ ne suffisent à l'évidence pas à démontrer l'origine manifestement malade de la lésion subie par la recourante. Eu égard à ce qui précède, l'intimée devra prendre en charge les suites de l'événement du 16 décembre 2011. 13. Le recours est admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'750 fr. (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 A la forme :

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