

GE_GERICHTE A/307/2015 vom 23. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_307_2015

FR: GE_GERICHTE A/307/2015 du 23 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/307/2015 del 23 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1971, ressortissante suisse, a été engagée en qualité d'agente de propreté-hygiène à temps partiel auprès des B_____ (ci-après l'employeur ou les B_____), dans le cadre d'un contrat d'auxiliaire à durée déterminée du 22 mars 2010 au 21 mars 2013. 2. Durant cette activité, elle était assurée contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels par la SUVA - Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après l'assureur ou l'intimée). 3. En date du 25 juillet 2012, l'assurée a trébuché dans les escaliers de son lieu de travail et a chuté sur les genoux, en se réceptionnant sur les mains, selon la déclaration de sinistre remise à l'assureur le 27 juillet 2012. Les premiers soins ont été donnés à l'assurée, le jour même de l'accident, par le docteur C_____, médecin FMH auprès de la permanence de Vermont-Grand-Pré, qui avait alors diagnostiqué une entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt à gauche et une contusion des genoux des deux côtés. Dans un rapport du 26 juillet 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en radiologie, concluait en particulier à l'absence de fracture objectivable, tant au genou qu'à la main gauches. L'assurée était, depuis lors, dans l'incapacité totale de travailler. 4. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assureur. Une indemnité journalière d'un montant de CHF 85.60 a notamment été allouée à l'assurée à compter du 28 juillet 2012. 5. Le 10 septembre 2012, compte tenu de la persistance de douleurs au genou gauche de l'assurée, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de ce genou a été réalisée par le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie. Dans son rapport du même jour, le praticien concluait à des signes IRM compatibles avec une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur ; à un discret œdème du versant antéro-latéral du plateau tibial externe. L'œdème en soi n'était pas spécifique. En cas de traumatisme récent, l'œdème pouvait être compatible avec une contusion osseuse post-traumatique. En l'absence de traumatisme récent et en fonction de la présentation clinique, l'aspect pouvait être mis en rapport avec une lésion de stress débutante ; ainsi qu'à une ulcération cartilagineuse et une fissure touchant les 3/4 de l'épaisseur du cartilage rotulien à la limite entre la facette rotulienne externe et la crête de la rotule. Il y avait des signes IRM compatibles avec une dysplasie trochléaire associée à une subluxation latérale de la rotule et une irrégularité superficielle du cartilage de la zone portante du condyle fémoral interne, ainsi qu'une ulcération touchant les 2/3 de l'épaisseur du cartilage sur une zone de 3,7 mm au versant antéro-interne du condyle fémoral interne.

6. Dans un certificat du 30 janvier 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne, indiquait que l'assurée souffrait d'une affection du genou dans le contexte d'un accident, l'obligeant à se déplacer à l'aide de deux cannes, ceci encore certainement pour une durée de deux mois.

7. Le 7 février 2013, une seconde IRM du genou gauche de l'assurée a été réalisée par le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie. Dans son rapport du même jour, le praticien concluait à une chondropathie rotulienne et condylienne, ainsi qu'à une trace de contusion osseuse sous le plateau tibial externe. De plus, il constatait que le ligament croisé antérieur présentait un aspect écarté, ses faisceaux avec transformation mucoïde en son sein traduisant un status post rupture partielle. Il y avait également une ténosynovite modérée du semi-membraneux et une bursite sous le ligament collatéral externe, ainsi que des îlots d'ostéocondensation sous le condyle et le plateau tibial interne. L'évolution n'était pas significative par rapport à l'examen antérieur.

8. Dans un rapport du 22 mars 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevait que l'assurée se plaignait toujours de douleurs continues, surtout antérieures et au niveau des interlignes, et présentait un genou cliniquement sec, sans rabot rotulien et avec une mobilité complète. A son sens, l'IRM du 7 février 2013 ne montrait rien de particulier. Le praticien se disait ainsi perplexe par rapport aux douleurs présentées par l'assurée. Ne pouvant poser un diagnostic spécifique, il proposait des traitements de froid et de repos, en attendant une évolution favorable. Dans le doute, il recommandait encore d'essayer, durant deux mois, un traitement par calcitonine dans le cadre d'un diagnostic différentiel de Sudek.

9. Le 4 mars 2013, le Dr F_____ maintenait les constatations et conclusions de son certificat du 30 janvier 2013, ainsi qu'une incapacité de travail à 100%.

10. Le 4 avril 2013, le Dr F_____ remettait un rapport à l'assureur, suite à sa demande. Il en ressortait que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était peu favorable, celle-ci se plaignant toujours de douleurs au genou, boitant et nécessitant une canne pour marcher. Les douleurs étaient persistantes subjectivement, mais il n'y avait objectivement pas de limitations dans la mobilité et pas d'épanchement. Un traitement médicamenteux et sous forme de physiothérapie était préconisé. Pour le praticien, la persistance de l'incapacité de travail était difficile à prévoir et la nécessité de changer de profession restait à déterminer. L'assurée était poly-plaintive, mais la situation pouvait toutefois être considérée comme étant stabilisée. Il était encore relevé que l'assurée était très exigeante, démonstrative et semblait vouloir mettre en échec les efforts médicaux visant à améliorer son état de santé. De l'avis du Dr F_____, il était nécessaire de mettre rapidement en œuvre une expertise.

11. Dans son rapport d'appréciation du 10 avril 2013, établi sur la base de l'examen du dossier de l'assurée, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de l'assureur, observait que les examens médicaux et radiologiques effectués ne permettaient pas de mettre en évidence une lésion objective à caractère durable, s'agissant du traumatisme subi aux genoux. Ainsi, aucune incapacité de travail ne se justifiait huit mois après l'accident. Le Dr I_____ proposait donc de considérer la date du dernier examen IRM réalisé comme marquant la fin de l'évolution médicale, vu l'absence d'anomalie lors de cet examen, et de clôturer le cas.

12. Par décision du 19 avril 2013, l'assureur a mis fin à ses prestations à compter du 8 février 2013, considérant, sur la base de l'avis précité de son médecin-conseil, que les troubles annoncés n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade dès le 7 février 2013, date du dernier examen IRM effectué.

13. Le 21 mai 2013, l'assurée a formé

opposition contre cette décision. A cet égard, elle relevait que l'IRM du 7 février 2013 était superposable à celui du 10 septembre 2012, dès lors qu'on retrouvait des traces de contusion osseuse dans ces deux examens. De plus, elle remarquait que le médecin-conseil de l'assureur ne s'était pas directement déterminé sur l'action vulnérante de l'évènement accidentel. Enfin, la question de savoir si elle souffrait d'une lésion assimilée n'avait pas été clairement instruite, de sorte qu'elle avait consulté un nouveau médecin pour faire des examens complémentaires. Elle se réservait ainsi le droit de compléter la motivation de son opposition ultérieurement ou de la retirer. !endif]>![if> 14. Le 20 septembre 2013, l'assurée précisait que le litige portait sur son droit aux prestations de l'assureur pour la période postérieure au 7 février 2013, en raison des atteintes subies à son genou gauche, et complétait la motivation de son opposition en produisant les documents suivants : !endif]>![if> - un rapport du 24 avril 2013 du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevant que le premier examen IRM réalisé le 10 septembre 2012 avait montré des petits kystes du tiers supérieur du ligament croisé antérieur compatibles avec des kystes mucoïdes, ainsi qu'un petit œdème du plateau externe plutôt antérieur. Le praticien observait que le dernier examen IRM du 7 février 2013 montrait le même genre d'image de dégénérescence mucoïde du croisé antérieur, qui avait un trajet correct, et la persistance d'un œdème du plateau externe. Il avait alors prescrit à l'assurée un traitement de rééducation proprioceptive, pour qu'elle reprenne confiance en son genou. Pour le praticien, un ligament était atteint, mais tout le reste du genou de l'assurée était dans un bon état ; !endif]>![if> - un rapport du Dr J_____ du 18 juin 2013, rappelant que, suite à l'accident, les radiographies des deux genoux n'avaient pas montré de lésion osseuse post-traumatique fraîche, que l'assurée n'avait en particulier pas ressenti de craquement au niveau du genou gauche et que le traitement avait été conservateur pour les deux genoux. Il précisait que l'IRM du 7 février 2013 montrait les mêmes images au niveau du ligament croisé antérieur, du plateau tibial externe, du condyle fémoral interne et du compartiment antérieur. Ainsi, les deux IRM réalisées montraient de multiples pathologies, même si elles n'étaient pas trop avancées, à savoir un ligament croisé antérieur, un condyle interne, un œdème du plateau tibial externe et des problèmes rotuliens. Le praticien observait qu'il n'existait pas, à sa connaissance, dans la littérature scientifique, de publication permettant d'attribuer une origine traumatique à la dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. Même si c'était le cas, il relevait que le délai entre l'accident et la première IRM (47 jours) était très court pour pouvoir établir un lien de causalité entre le traumatisme et cette pathologie. D'autre part, il soulignait que le mécanisme de l'accident (chute dans les escaliers avec choc direct probablement sans torsion) n'était pas un mécanisme adéquat ou habituel pour entraîner une lésion du ligament croisé antérieur. Cette lésion se rencontrait beaucoup plus souvent lors de mécanisme en torsion en charge, et le plus souvent accompagnée d'un craquement et suivie d'un épanchement intra-articulaire, avec sur l'IRM des images différentes de celles observées sur les IRM réalisées. Aucune analogie avec une lésion de la coiffe des rotateurs ne pouvait par ailleurs être faite. L'œdème du plateau tibial externe était toutefois probablement d'origine traumatique. Pour le Dr J_____, il n'était pas du tout certain que la dégénérescence mucoïde du croisé antérieur soit responsable de la symptomatologie présentée par l'assurée. La pathologie du compartiment antérieur du genou (syndrome fémoro-patellaire), dans un contexte de chondropathie rotulienne préexistante et de probable dysplasie trochléenne, lui semblait être au premier plan. Il concluait ainsi au fait que l'accident du 25 juillet 2012 avait décompensé un syndrome fémoro-patellaire préexistant mais auparavant asymptomatique,

et préconisait un traitement conservateur ; !endif]>![if> - un questionnaire rempli le 31 juillet 2013 par Madame K_____, supérieure hiérarchique de l'assurée, témoignant des difficultés rencontrées par l'assurée à la main et à la jambe après l'accident, et de l'aide nécessaire pour se déplacer par la suite ; !endif]>![if> - un rapport du 5 août 2013 du docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès de la permanence Vermont-Grand-Pré, confirmant que les premiers soins avaient été fournis par le Dr C_____ le 25 juillet 2012, ainsi que les diagnostics d'entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt à gauche et de contusion des genoux des deux côtés, sans fractures, en lien avec l'accident du même jour. Le praticien relevait que l'IRM du genou gauche avait mis en avant une contusion osseuse du versant antéro-latéral du plateau tibial externe, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur, une ulcération cartilagineuse et une fissure touchant les ¾ de l'épaisseur du cartilage rotulien à la limite entre la facette rotulienne externe et la crête de la rotule. L'assurée avait été jugée incapable de travailler du 25 juillet au 2 septembre 2012 inclus, et avait été vue pour la dernière fois à la permanence le 25 septembre 2012 ; !endif]>![if> - un rapport du 8 août 2013 de la doctoresse M_____, médecin interne auprès de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des HUG, relevant que l'évolution avait été favorable au niveau du genou droit, mais défavorable au niveau du genou gauche de l'assurée. La praticienne rappelait que la première IRM réalisée avait montré une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur, associée à un œdème du plateau externe et antérieur qui pouvait résulter du traumatisme initial. Les kystes présents sur le ligament croisé antérieur avaient évolué vers une dégénérescence mucoïde du croisé antérieur. La praticienne observait encore que, cliniquement, le Lachmann possédait un arrêt dur. Elle posait ainsi, comme seule indication, une rééducation appropriée au vu de l'état actuel du genou de l'assurée, à savoir une flexion douloureuse, des mobilités limitées et un syndrome fémoro-patellaire très franc. Elle relevait encore qu'avant l'accident, l'assurée était complètement asymptomatique au niveau de ses genoux, mais qu'à la date de cette appréciation, elle était dans l'incapacité complète de reprendre son activité professionnelle ; !endif]>![if> - un rapport du 9 septembre 2013 du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevant que, suite à l'accident, l'assurée avait montré les stigmates d'un choc violent, à la fois par la discoloration décrite au niveau du genou gauche et par les images de l'IRM effectué deux mois plus tard, le 10 septembre 2012. Cependant, le praticien relevait que ces images n'avaient pas été interprétées par le radiologue. La région du genou en avant de la rotule n'était, en effet, pas décrite dans le rapport. Au niveau de cette région anatomique, il y avait pourtant une image pathologique. Ces images pathologiques du cartilage derrière la rotule pouvaient être liées au choc ou être préexistantes. Il relevait, de plus, sur cet IRM de septembre, la présence d'une zone blanche entre la peau et la rotule, qui correspondait à une collection de liquides dans la bourse pré-rotulienne. Or, il remarquait que, sur l'IRM réalisée en février 2013, cette collection liquidienne n'était plus visible. A son sens, elle était donc transitoire, et correspondait à une bursite post-traumatique. De plus, la description des plaintes de l'assurée traduisait un traumatisme au niveau de la bourse pré-rotulienne évoluant vers une bursite post-traumatique. S'agissant des images au niveau du ligament croisé antérieur, le praticien ne voyait pas de critère les faisant correspondre à la symptomatologie. Il constatait que la symptomatologie douloureuse était alors générée par une incapacité d'extension puissante du quadriceps et, par là-même, une incapacité de verrouillage du genou. La marche se faisait avec une hyperactivité des muscles de la loge postérieure, en particulier du biceps, ce

qui entraînait une tension excessive postérieure responsable de la symptomatologie douloureuse. Sur un plan anamnestique, il n'y avait aucun critère de limitation fonctionnelle du genou avant la chute. Il était possible que des lésions préexistantes au niveau du cartilage rotulien aient joué un rôle. Il y avait des critères objectifs d'un traumatisme violent qui avait décompensé durablement le genou. Ainsi, pour le Dr N_____, le refus de prise en charge de la pathologie du genou par l'assureur procédait d'une analyse omettant des points médicaux très importants et objectifs ; [endif]>[if> - dans un complément du 13 septembre 2013, le Dr N_____ précisait que les status quo sine et quo ante n'étaient, à son sens, pas atteints. Un traitement, basé sur la rééducation et physiothérapie, était encore indiqué. [endif]>[if> De plus, l'assurée relevait, à l'appui de son opposition, que le Dr I_____ n'avait pas tenu compte de l'action vulnérante de l'accident et de l'importance du traumatisme subi. Elle se plaignait, en outre, d'une instruction lacunaire du dossier par l'assureur. Elle remarquait que les Drs J_____ et N_____, ainsi que la Dresse M_____, évoquaient certes une pathologie préexistante. Cependant, pour le Dr N_____, il n'était pas possible de déterminer si les images pathologiques du cartilage derrière la rotule étaient liées au choc ou, au contraire, préexistantes. Toutefois, cette question importait peu puisque, selon le Dr N_____, il n'y avait pas de statu quo ante, ni de statu quo sine. Pour le Dr J_____, l'accident avait décompensé le syndrome fémoro-patellaire. Le Dr N_____ et la Dresse M_____ préconisaient un traitement de rééducation. L'incapacité de travail restait donc justifiée et, dès lors qu'un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé de l'assurée devait être reconnu au-delà du 7 février 2013, l'assureur devait reprendre le versement de ses prestations après cette date. 15. Dans son appréciation du 17 novembre 2014, établie sur la base du dossier de l'assurée, et notamment des nouvelles pièces apportées, le Dr I_____ maintenait les conclusions de son rapport du 10 avril 2013. Il retenait, en effet, que l'assurée avait présenté un traumatisme du genou gauche par choc direct, responsable des images radiologiques de septembre 2012, évoquées par le Dr N_____ comme faisant apparaître une bursite post-traumatique. Il constatait aussi que l'assurée présentait un état dégénératif préexistant, avec anomalies rotuliennes et dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur du genou gauche, mais considérait que ces anomalies ne pouvaient pas être mises en relation de causalité avec le traumatisme de juillet 2012. A cet égard, il soulignait que la qualité mécanique du ligament croisé antérieur était complète et normale, au vu des examens effectués par les Drs J_____, H_____ et la Dresse O_____ [recte M_____]. Par ailleurs, au sujet de ces images de chondropathie rotulienne, il expliquait qu'en l'absence d'un œdème localisé en regard, elles pouvaient être considérées comme anciennes. En effet, s'il s'agissait d'une lésion récente, un œdème localisé au niveau de la trochlée fémorale (images en miroir) devait être constatée, ce qui n'apparaissait pas sur les images. Certes, le praticien observait que les données de l'examen du genou gauche effectué par le Dr C_____, examen le plus proche de l'accident, restaient pauvres en dehors d'un traitement par bandage. Cependant, l'absence d'un épanchement articulaire significatif lors de cet examen permettait, en particulier, d'exclure une lésion grave. En effet, en cas d'épanchement, le traitement proposé par le Dr C_____ aurait dû être une attelle amovible rigide, ce qui n'avait pas été le cas. Une telle lésion avec épanchement pouvait être à l'origine d'une décompensation plus prolongée que les six mois retenus par l'assureur. Toutefois, il n'y avait pas d'évidences médicales pouvant justifier une aggravation durable et déterminante de l'état dégénératif préexistant. Au contraire, les constatations du Dr N_____ sur la normalité de l'IRM de février 2013 et l'absence de collection liquidienne pré-rotulienne confortaient, au moins sur le plan

radiologique, la décision de l'assureur. Sur un plan médico-asséculoologique, le praticien soulignait que, selon la littérature médicale, les traumatismes sans fractures n'étaient pas à même de dégager leurs effets de manière indéfinie. Après quelques mois, six pour le cas présent, les processus de consolidation et de réparation devaient être obtenus, avec un retour à l'état antérieur. Le Dr I_____ rappelait encore qu'il n'avait pas non plus été noté d'anomalie objective des genoux par le Dr F_____ le 4 avril 2013, ni par le Dr H_____ le 22 mars 2013, outre le fait que l'IRM du 7 février 2013 ne montrait rien de particulier. Finalement, il relevait que les avis du Dr J_____ du 23 avril 2013, de la Dresse O_____ [recte M_____] de mai 2013 et du Dr N_____ de juin 2013 avaient été produits par l'assurée après son appréciation du 10 avril 2013. 16. Le 12 décembre 2014, l'assureur a rendu une décision rejetant l'opposition de l'assurée. En effet, à son sens, il n'y avait plus d'éléments objectifs qui permettaient d'admettre des lésions structurelles objectivables en rapport avec l'accident, au-delà du 7 février 2013 au plus tard. Les conclusions du Dr I_____, qui se fondaient sur un dossier suffisamment instruit, emportaient sa conviction et avaient pleine valeur probante. A cet égard, il rappelait que le Dr I_____ avait retenu que l'IRM du 7 février 2013 ne montrait rien de particulier, et que les examens médicaux et radiologiques ne permettaient pas de mettre en évidence une lésion objective à caractère durable. Aucune anomalie objective n'avait ainsi été décelée. En particulier, le Dr I_____ remarquait que sur l'IRM du 7 février 2013 l'image de bursite post-traumatique, également diagnostiquée par le Dr N_____, n'était plus présente. Le rapport du 9 septembre 2013 du Dr N_____ retenait d'ailleurs expressément que l'examen radiologique du 7 février 2013 ne permettait plus de voir la collection liquidienne et que celle-ci était transitoire. Ainsi, il pouvait être considéré que les manifestations radiologiques du genou gauche, suite à l'évènement traumatique de juillet 2012, avaient complètement disparu à cette date. De plus, l'assureur relevait que le Dr I_____ avait tenu compte du fait que l'assurée présentait un état dégénératif préexistant, avec anomalies rotuliennes et dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur du genou gauche, mais avait considéré que ces anomalies ne pouvaient pas être mises en relation de causalité avec le traumatisme subi en juillet 2012. Ainsi, le Dr I_____ concluait que les constatations du Dr N_____ sur la normalité de l'IRM en février 2013 et l'absence de collection liquidienne pré-rotulienne confortaient, sur le plan radiologique, la décision de l'assureur, rappelant que, sur le plan médico-asséculoologique, la littérature médicale s'accordait à dire que les traumatismes sans fractures n'étaient pas à même de dégager leurs effets de manière indéfinie. Après quelques mois, six pour le cas de l'assurée, les processus de consolidation et de réparation devaient être obtenus, avec un retour à l'état antérieur. Enfin, l'assurée ayant été soumise à un bilan radiologique complet et surtout à l'IRM du 7 février 2013, laquelle avait permis d'exclure des lésions post-traumatiques, d'autres mesures d'instruction ne se révélaient pas nécessaires. 17. Le 10 janvier 2015, le Dr N_____ a remis un rapport à l'assurée, après avoir pris connaissance de l'appréciation médicale du Dr I_____ et de la décision sur opposition. Le praticien constatait que le médecin-conseil de l'assureur reconnaissait que l'interprétation radiologique qui avait été faite de l'examen IRM de septembre 2012 ne reflétait pas la réalité des images. Il rappelait que l'accident datait du 25 juillet 2012 et qu'il s'était donc écoulé sept semaines entre le traumatisme et l'examen radiologique. Or, il relevait que deux mois après le traumatisme, la bursite était encore manifestement visible sur l'examen IRM, ce qui dénotait des répercussions objectives significatives et durables du traumatisme du 25 juillet 2012. S'agissant de l'absence de contusion osseuse, il expliquait que dans un délai de sept semaines, tout signe ne pouvait

qu'être réduit. A son sens, la qualité de l'examen IRM était toutefois à mettre dans la catégorie limite inférieure de l'acceptable. Il remarquait encore que l'état clinique du genou avait été jugé notablement altéré jusqu'en juin 2013 par les médecins qui avaient examiné l'assurée, mais que le médecin-conseil de l'assureur n'avait malheureusement jamais eu l'occasion d'évaluer cliniquement la patiente. Il rappelait que les symptômes présentés par l'assurée découlaient d'une insuffisance du quadriceps et que cette insuffisance faisait partie des pathologies notoirement et fréquemment rencontrées après un choc antérieur, en particulier quand celui-ci se traduisait par une bursite consécutive. L'état clinique de juin 2013 justifiait la poursuite de la prise en charge d'un traitement de rééducation, qui découlait certainement de l'épisode traumatique de juillet 2012. > 18. Le 29 janvier 2015, l'assurée, représentée par un conseil, a recouru contre cette décision, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise, et, principalement, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit constaté que ses lésions engagent la responsabilité de l'assureur au-delà du 7 février 2013, et à ce que l'assureur soit condamné à verser les prestations ainsi dues. En substance, elle déniait toute valeur probante au rapport du Dr I_____ du 10 avril 2013, estimant que celui-ci était basé sur un dossier lacunaire, puisqu'il ne contenait pas de description précise de l'accident, les rapports des médecins lui ayant prodigué les premiers soins à la permanence de Vermont-Grand-Pré et les rapports IRM, avec les images. En outre, ce praticien ne l'avait pas personnellement examinée, n'avait pas établi d'anamnèse à son sujet, ni tenu compte de ses plaintes. De plus, pour la recourante, les conclusions du Dr I_____ n'étaient pas motivées. Il se contentait de reprendre les rapports lacunaires des Drs H_____ et F_____ et de faire siennes leurs conclusions selon lesquelles il n'y avait pas d'anomalie objective, sans procéder lui-même à une analyse du dossier. De même, aucune valeur probante ne devait être reconnue au rapport complémentaire du Dr I_____ du 17 novembre 2014, dès lors qu'il ne se fondait également pas sur un examen personnel de la recourante. Par ailleurs, ce praticien établissait son raisonnement sur la base d'hypothèses non vérifiées, lorsqu'il déduisait du traitement prodigué par le Dr C_____ qu'il n'y avait pas eu d'épanchement articulaire significatif, ce qui permettait d'exclure une lésion grave. En outre, le Dr I_____ écartait les examens réalisés par le Dr J_____, la Dresse M_____ et le Dr N_____ de manière infondée. Encore, ses conclusions n'étaient pas complètes, dès lors qu'il n'avait pas discuté les diagnostics évoqués par ces derniers praticiens. En revanche, pour la recourante, il y avait lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport du Dr N_____, qui l'avait examinée, avait retracé son anamnèse et pris en compte ses plaintes subjectives. Le Dr N_____ avait eu connaissance de l'intégralité du dossier et avait examiné attentivement les images IRM de septembre 2012 et février 2013. Il expliquait de manière convaincante sa conclusion selon laquelle la recourante avait souffert d'une bursite post-traumatique, conclusion d'ailleurs admise par le Dr I_____. Par ailleurs, dans son rapport complémentaire du 10 janvier 2015, le Dr N_____ précisait que l'insuffisance du quadriceps faisait partie des pathologies notoirement et fréquemment rencontrées après un choc antérieur, en particulier quand celui-ci se traduisait par une bursite consécutive. Or, la recourante rappelait que, selon ce dernier praticien, le statu quo ante et le statu quo sine n'étaient pas atteints. Elle soulignait que le Dr J_____ et la Dresse M_____ partageaient les conclusions du Dr N_____. Ainsi, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre son état de santé et l'accident devait être reconnue au-delà du 7 février 2013. Dans le cas où la chambre de céans ne devait pas en être convaincue, une expertise par un médecin indépendant devait être mise en œuvre. > 19. Dans sa réponse du 20 février 2015, l'intimée a

conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 12 décembre 2014. Elle relevait, de prime abord, que les allégations de la recourante selon lesquelles le dossier avait été insuffisamment ou mal instruit étaient sans fondement. En effet, celle-ci avait fait l'objet de plusieurs examens médicaux ainsi que d'un bilan complet par imagerie. Son dossier comportait, d'autre part, de nombreuses prises de position de différents praticiens qu'elle avait consultés. Toutes ses plaintes avaient été entendues, décrites, examinées et discutées. La recourante avait d'ailleurs eu l'opportunité de soumettre tous les documents médicaux qu'elle souhaitait à l'intimée. C'est par conséquent en toute connaissance de cause et sur la base d'un dossier médical complet que le Dr I_____ avait pu prendre position sur l'état de santé de la recourante, et en particulier sur les suites de l'évènement du 25 juillet 2012. Enfin, l'intimée relevait qu'en dépit des critiques de la recourante, le Dr I_____ n'avait pas à l'examiner, dès lors qu'il disposait de toutes les informations nécessaires et utiles pour se forger une opinion. Elle rappelait que, dans son appréciation du 10 avril 2013, le Dr I_____ avait relevé que l'IRM du 7 février 2013 ne montrait rien de particulier, que les examens médicaux et radiologiques ne permettaient pas de mettre en évidence une lésion objective à caractère durable, et finalement que les praticiens qui avaient examiné la recourante, n'avaient pas relevé d'anomalie objective. Ainsi, contrairement à ce que celle-ci affirmait, le Dr I_____ avait pleinement tenu compte des différents avis médicaux exprimés dans son dossier et, en particulier, de l'opinion du Dr N_____. Preuve en était que, dans son rapport du 17 novembre 2014, ce praticien déclarait partager l'opinion du Dr N_____ concluant à l'existence d'une lésion de type bursite ou équivalente sur les images radiologiques réalisées en septembre 2012. Le Dr I_____ considérait toutefois que les manifestations radiologiques du genou gauche avaient complètement disparu à cette date, dans la mesure où cette anomalie était absente de l'imagerie réalisée le 7 février 2013. L'intimée rappelait également que le Dr I_____ avait pris en compte l'existence d'un état dégénératif préexistant, avec anomalies rotuliennes et dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur du genou gauche, mais avait considéré que cet état ne pouvait toutefois pas être mis en relation de causalité avec le traumatisme subi en juillet 2012. Sur ce point, elle relevait que les différents médecins consultés, soit les Drs J_____, H_____ et O_____ [recte M_____], avaient souligné que la qualité mécanique du ligament croisé antérieur était complète et normale. De plus, pour le Dr J_____, un contexte de chondropathie rotulienne préexistante et de probable dysplasie trochléenne semblait devoir s'imposer, ce d'autant que le mécanisme de l'accident (chute dans les escaliers avec choc direct probablement sans torsion) n'était pas un mécanisme adéquat ou habituel pour entraîner une lésion du ligament croisé antérieur. Enfin, l'intimée relevait encore que pour le Dr I_____, il n'était pas possible de constater d'œdème localisé au niveau de la trochlée fémorale sur les images mises à disposition par le Dr N_____, pas plus que dans les différentes analyses des radiologues. Ainsi, pour le Dr I_____, les constatations du Dr N_____ sur la normalité de l'IRM de février 2013 et l'absence de collection liquidienne pré-rotulienne confortaient, au moins sur le plan radiologique, la décision de l'assureur. Contrairement à ce que soutenait la recourante, il n'existait pas d'élément déterminant permettant de douter du bien-fondé des avis médicaux émis en toute connaissance de cause par le Dr I_____. Ses rapports détaillés apparaissaient au contraire concluants, vierges de contradictions intrinsèques et ne laissaient subsister aucun indice contre leur bien-fondé. En conséquence, l'intimée soutenait avoir disposé de tous les faits déterminants pour lui permettre de trancher le cas litigieux. Compte tenu des nombreux avis médicaux qui étaient au dossier et dans la mesure où l'instruction de

la cause avait été effectuée de manière approfondie, une expertise médicale n'était pas nécessaire. Les doutes émis par la recourante n'étaient pas de nature à jeter le trouble sur le bien-fondé des conclusions du Dr I_____ et elle n'expliquait d'ailleurs pas en quoi son appréciation n'était pas correcte, ni scientifiquement fondée. D'autres mesures d'instruction n'étaient pas non plus nécessaires. [endif]>[if> 20. Par réplique du 19 mars 2015, la recourante a indiqué ne rien avoir à ajouter et persister intégralement dans ses conclusions. [endif]>[if> 21. Le 20 mars 2015, une copie de cette dernière écriture a été communiquée à l'intimée, ensuite de quoi la cause a été gardée à juger. [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 - 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).[endif]>[if> Sa compétence 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 loi n'y déroge expressément.[endif]>[if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 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, compte tenu de la suspension des délais prévue à l'art. 38 al. 4 let. c et des art. 56ss LPGA.[endif]>[if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 7 février 2013 pour les atteintes subsistant à son genou gauche, respectivement sur le lien de causalité entre ces lésions et l'accident du 25 juillet 2012. [endif]>[if> 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).[endif]>[if> 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). 6. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.[endif]>[if> 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. b. 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. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. 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 et 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 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. 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). ^{10.} 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 LPGA), 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. A 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 125 V 351 consid. 3).

^{10.} a. 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).

^{11.} b. 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. Etant 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).

^{12.} c. 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).

^{13.} d. 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).

^{14.} 11. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

^{15.} 12. 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).

13. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'en 2011, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que

l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).!

15. En l'espèce, l'intimée estime que l'atteinte subie par la recourante à son genou gauche n'est plus en lien de causalité avec l'accident du 25 juillet 2012, postérieurement à la date du 7 février 2013. A cet égard, elle se base principalement sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr I_____, retenant que le dernier IRM réalisé le 7 février 2013 ne montrait plus de lésions post-traumatiques consécutives à l'accident du 25 juillet 2012, et considérant un retour à l'état antérieur dans un délai de six mois. La recourante conteste, quant à elle, ces conclusions et soutient, notamment sur la base des constatations du Dr N_____, souffrir de lésions en lien avec cet accident, au-delà du 7 février 2013.

16. A la lecture de l'ensemble des pièces du dossier, il apparaît à la chambre de céans que les conclusions du Dr I_____ ne peuvent être suivies, en tant qu'elles retiennent un statu quo au 7 février 2013.

a. D'une part, le Dr I_____ déduit à tort des constatations du Dr N_____ que la bursite post-traumatique, diagnostiquée sur l'IRM de septembre 2012, se serait résorbée, au vu de l'IRM de février 2013. En effet, dans son rapport du 9 septembre 2013, le Dr N_____ indiquait avoir constaté sur l'IRM de septembre 2012 une zone blanche entre la peau et la rotule qui correspondait à une collection de liquides dans la bourse pré-rotulienne, et se bornait en réalité à relever que l'IRM de février 2013 ne permettait plus de voir cette collection liquidienne. Il en déduisait que cette collection liquidienne était transitoire, mais qu'elle correspondait à une bursite post-traumatique. De plus, le Dr N_____ relevait, tant dans ce rapport que dans son courrier du 10 janvier 2015, que les symptômes présentés par la recourante découlaient d'une insuffisance du quadriceps qui faisait partie des pathologies notoirement et fréquemment rencontrées après un choc antérieur, en particulier quand celui-ci se traduisait par une bursite consécutrice. Il maintenait donc l'existence d'une bursite post-traumatique. Le Dr N_____ attribuait ainsi clairement la symptomatologie présentée par la recourante à l'existence d'une bursite post-traumatique, sans fixer de statu quo à cette lésion, tel que précisé dans son complément du 13 septembre 2013.

b. D'autre part, le Dr I_____ écarte de manière peu convaincante la décompensation d'un état maladif préexistant en lien avec l'accident, plus particulièrement en la forme d'un syndrome fémoro-patellaire (ou syndrome rotulien), tel que soutenu par la recourante. En effet, dans son rapport du 18 juin 2013, le Dr J_____ concluait au fait que l'accident du 25 juillet 2012 avait décompensé un syndrome fémoro-patellaire préexistant, mais auparavant asymptomatique. Pour le praticien, la pathologie du compartiment antérieur du genou (syndrome fémoro-patellaire), dans un contexte de chondropathie rotulienne préexistante et de probable dysplasie trochléenne, semblait être effectivement au premier plan. Dans son rapport du 8 août 2013, la Dresse M_____ retenait également l'existence d'un tel syndrome. De même, dans son rapport du 9 septembre 2013, le Dr N_____ remarquait, sur l'IRM de septembre 2012, des images d'altérations du cartilage derrière la rotule, qui n'avaient pas été interprétées par le radiologue. A son sens, ces images pouvaient être liées au choc ou être préexistantes. Le rapport relatif à l'IRM du 10 septembre 2012 mentionnait toutefois une ulcération cartilagineuse et une fissure touchant les $\frac{3}{4}$ de l'épaisseur du cartilage rotulien à la limite entre la facette rotulienne externe et la crête de la rotule. L'IRM du 7 février 2013 concluait, quant à lui, à une chondropathie rotulienne et condylienne, tout en indiquant qu'il n'y avait pas eu d'évolution significative depuis l'IRM précédent. Certes, dans son appréciation du 17 novembre 2014, le Dr I_____ expliquait-il, au sujet de ces images de chondropathie rotulienne, qu'en l'absence d'un œdème localisé en regard, elles pouvaient être considérées comme anciennes. En effet, s'il s'agissait d'une lésion récente, un

œdème localisé au niveau de la trochlée fémorale (images en miroir) devait être constatée, ce qui n'apparaissait pas sur les images des différents examens menés. Cependant, le rapport relatif à l'IRM du 10 septembre 2012 fait état d'un œdème. De plus, le Dr J_____ relevait, dans son rapport du 24 avril 2013, la persistance d'un œdème du plateau externe, et indiquait, dans son rapport du 18 juin 2013, que l'œdème du plateau tibial externe était probablement d'origine traumatique. De même, la Dresse M_____ relevait, dans son rapport du 8 août 2013, que l'œdème du plateau externe, antérieur, pouvait résulter du traumatisme initial. 17. Ainsi, s'agissant de la bursite post-traumatique diagnostiquée tant par le Dr N_____ que par le Dr I_____, aucune pièce ne permet de retenir un statu quo. 18. Concernant les problèmes de la rotule préexistants chez l'assurée, le dossier ne permet pas non plus, en l'état, de déterminer si ces troubles sont en lien de causalité avec l'accident du 25 juillet 2012, ni d'exclure cette hypothèse. Dans ces conditions, il apparaît nécessaire qu'un expert indépendant se détermine sur le cas de la recourante. L'intimée n'ayant pas mis en œuvre une telle expertise, il se justifie de lui renvoyer la cause pour ce faire, conformément à la jurisprudence citée et en application de l'art. 44 LPG. 18. Compte tenu de ce qui précède, le recours est bien fondé. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. 19. La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est allouée à titre de participation à ses frais et dépens, compte tenu du nombre d'écritures (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.