

GE_GERICHTE A/3309/2012 vom 8. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3309_2012

FR: GE_GERICHTE A/3309/2012 du 8 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/3309/2012 del 8 aprile 2013

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à DIVONNE-LES-BAINS, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY recourante contre GAN INCENDIE ACCIDENTS, Direction pour la Suisse, sis avenue du Tribunal Fédéral 34, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Damien-Raphaël BOSSY intimée EN FAIT Madame C _____ (ci-après l'assurée), née en 1968, travaillait en qualité de secrétaire auprès de la société X _____ SA (ci-après l'employeur) depuis le 9 septembre 2002 et était assurée à ce titre au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) auprès de GAN INCENDIE ACCIDENTS. (ci-après l'assureur ou l'assurance). Le 22 août 2005, sur son lieu de travail, l'assurée a trébuché, sans tomber toutefois, sur des dossiers posés par terre dans le passage de la porte du bureau dans lequel elle amenait des enveloppes. Par déclaration d'accident bagatelle du 23 août 2005, l'assurée a expliqué le déroulement de l'incident de la veille et a précisé qu'elle souffrait du bas du dos et du genou droit. Elle a également indiqué que les premiers soins avaient été prodigués par le Dr L _____, médecin à Ferney-Voltaire (France). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a été effectuée le 30 août 2005. Selon le compte-rendu y relatif, aucune anomalie significative et en particulier pas de signe de lésion méniscale n'avaient été mis en évidence. L'assurée a été adressée au Dr M _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie ostéoarticulaire ainsi qu'en traumatologie du sport, exerçant à Pringy (France). Dans un rapport du 2 septembre 2005, ce praticien a indiqué qu'elle souffrait très certainement d'un accident d'instabilité rotulienne puisqu'elle présentait des douleurs au niveau des deux facettes. Les amplitudes articulaires étaient intactes. Il avait cependant prescrit des séances de kinésithérapie afin de guider la récupération. Le 27 septembre 2005, l'assurée a transmis à l'assureur une déclaration d'accident LAA, dans laquelle elle rappelait le déroulement de l'événement du 22 août 2005 et décrivait les parties du corps atteintes. Elle y précisait également qu'elle avait été incapable de travailler du 30 août au 12 septembre 2005. Dans un rapport initial daté du 1^{er} octobre 2005, le Dr L _____ a rappelé l'événement du 22 août 2005 et a posé le diagnostic d'instabilité post-traumatique de la patelle. Il a également indiqué que sa patiente était en bon état somatique mais qu'elle présentait une gonalgie avec une impotence fonctionnelle. L'IRM pratiquée parlait en faveur d'une pathologie des facettes rotuliennes secondaire au traumatisme. Le traitement était constitué d'antalgiques, de kinésithérapie intensive et d'ostéopathie. Enfin, le Dr L _____ a confirmé que sa patiente avait été totalement incapable de travailler du 30 août au 11 septembre 2005. Par courriers des 6 octobre et 23 novembre 2005, l'assurée a transmis à l'assurance divers documents (ordonnances, factures, notes d'honoraires, rapports d'IRM) et a sollicité la prise en charge des frais médicaux qu'elle avait dû déboursier suite à l'événement du 22 août 2005. Le 28 février 2006, l'assurée a été examinée

par le Dr N _____, médecin adjoint agrégé, Unité d'orthopédie et de traumatologie du sport, HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Selon le rapport du 1^{er} mars 2006 relatif à cette consultation, l'assurée présentait une douleur antéro-externe et postérieure du genou droit survenant progressivement en cours de journée. Ladite douleur était aggravée par la position assise prolongée, la descente des escaliers ou la natation brasse. Le diagnostic posé était celui de syndrome de surcharge fémoro-patellaire post-traumatique sur déséquilibre musculaire. La patiente était encouragée à reprendre une activité sportive orientée et à suivre un protocole de diacylglycérol (DAG). Par courrier du 1^{er} mars 2006, l'assurée a encore transmis divers documents à l'assurance et a sollicité le remboursement de 677 EUR 92, montant correspondant à des frais médicaux qu'elle avait engagés. Le 24 mars 2006, un arthro-scanner du genou droit a été effectué par le Dr O _____, radiologue à Paris (France). Selon le compte-rendu de ce médecin, daté du même jour, aucune anomalie fémoro-tibiale n'a été décelée. Cependant, une minime désinsertion incomplète très limitée du ménisque interne, une sévère chondropathie patellaire et une petite ostéoporose ont été constatées. Par courrier du 30 mars 2006, l'assurée a demandé à l'assurance de pouvoir consulter un rhumatologue en région parisienne et a transmis le rapport relatif à l'arthro-scanner précité. Le 31 mars 2006, l'assurance a informé son assurée que compte tenu des résultats de l'arthro-scanner du 24 mars 2006, ce n'était pas l'accident mais un état antérieur indépendant, mis en évidence par l'accident du 22 août 2005, qui était à l'origine de son atteinte à la santé. Ayant assumé la totalité des soins prodigués jusqu'alors, l'assurance estimait avoir pris en charge les conséquences de l'événement accidentel et mettait un terme à ses prestations. Elle précisait encore que si l'assurée entendait consulter un rhumatologue, il lui appartenait d'en informer son assurance-maladie si elle souhaitait être indemnisée. Faisant suite à la transmission d'un certificat d'arrêt de travail en date du 27 avril 2006, l'assurance a informé l'employeur de l'assurée, le 5 mai 2006, qu'elle avait mis un terme aux prestations dues à cette dernière. Par courrier du 11 septembre 2006, l'assurée s'est référée à un précédent courrier (qui ne figure pas au dossier de l'assurance) et a réitéré son opposition au courrier du 31 mars 2006, précisant notamment que les médecins consultés lui avaient indiqué que c'était bien l'accident du 22 août 2005 qui avaient provoqué la blessure et nécessité des soins. Le 13 septembre 2006, l'assurée a consulté le Dr P _____, spécialiste FMH en médecine du sport et rééducation. L'examen clinique à cette date était surtout marqué par des douleurs à la mobilisation de la rotule et par l'impossibilité d'effectuer une charge dans les escaliers. Ce praticien avait ainsi conclu à des douleurs séquellaires d'une fracture chondrale de la rotule et avait réorienté le traitement vers une hydrothérapie, suivie d'une rééducation plus fonctionnelle. Il n'y avait que peu d'amélioration après trois mois de traitement, ce qui avait motivé une série d'injection d'acide hyaluronique. Selon le courrier du Dr P _____ du 13 mars 2007, ces injections se sont terminées le 22 février 2007. Le 6 décembre 2006, l'employeur de l'assurée a établi une attestation selon laquelle cette dernière avait des difficultés à remplir les missions dévolues à son activité, présentant notamment des difficultés à transporter des dossiers, une certaine lenteur pour se déplacer dans les locaux, les escaliers, etc. de sorte que ses collègues devaient l'assister dans certaines tâches. Par courrier du 10 décembre 2006, l'assureur a persisté dans sa volonté de mettre un terme aux prestations, expliquant notamment qu'il avait soumis à l'appréciation de son médecin-conseil la question de savoir si les problèmes de santé actuels de l'assurée étaient à considérer comme des suites de l'accident du 22 août 2005. Après avoir rappelé les principes applicables en matière d'assurance-accidents obligatoire, l'assurance a

notamment relevé que l'assurée n'avait fait état d'aucune chute ni coup contre son genou droit. Par ailleurs, selon son médecin-conseil, l'assurée souffrait de manifestations dégénératives, indépendantes de l'accident assuré, ce dernier n'étant manifestement pas en mesure d'abîmer les cartilages de la rotule. Sous la plume de son Conseil, Me Marianne BOVAY, l'assurée a informé l'assurance, dans un courrier du 12 avril 2007, que les douleurs résultaient en réalité d'une fracture chondrale de la rotule, nécessitant une intervention chirurgicale impliquant la greffe de cartilage, intervention devant être pratiquée le 27 avril suivant par le Dr Q_____, chirurgien au Service de d'orthopédie, traumatologie et chirurgie réparatrice, Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) à Paris (France). Elle sollicitait ainsi la confirmation de la prise en charge de cette intervention. Par courrier du 20 avril 2007, l'assurance a maintenu sa position, répétant les termes de son courrier du 10 décembre 2006. Le 27 avril 2007, l'assurée a subi une arthroscopie du genou droit avec régularisation de clapets chondraux et avivement de lésions de la facette latérale. Suite à cette intervention, l'assurée a été en arrêt de travail jusqu'au 22 mai 2007. Par certificats du 22 mai 2007, le Dr R_____, a attesté, d'une part, que l'aspect pré-opératoire était compatible avec des lésions post-traumatiques pouvant être rattachées à l'incident du 22 août 2005 et, d'autre part, d'un arrêt de travail complémentaire de 21 jours. Le 12 juin 2007, l'assurée, toujours sous la plume de son Conseil, a contesté le fait que les douleurs ressenties fussent de nature dégénérative, dès lors qu'avant l'accident du 22 août 2005, elle n'avait aucune douleur, pouvant pratiquer du sport et monter les escaliers, ce qui n'était plus le cas depuis. Elle a, en outre, précisé le déroulement de l'accident. En l'absence de la cheffe de service, une de ses collègues avait posé tous ses dossiers traités par terre à proximité de sa place de travail, faisant plusieurs piles. Une des piles se trouvait dans l'une des portes d'accès reliant ce bureau et le local où se trouvait la photocopieuse et l'imprimante du service. Un va-et-vient quotidien d'environ huit personnes avait lieu par cette porte à côté du bureau de cette collègue. Ne s'attendant pas à un obstacle dans ce passage, l'assurée était entrée dans la pièce rapidement, les bras chargés. Elle avait lourdement buté dans la pile de dossiers posés à terre, et les pas suivants avaient été totalement entravés, l'assurée enchaînant lourdement plusieurs « faux pas » et se tordant le genou à plusieurs reprises à cause de déséquilibres successifs. Seul le fait de venir buter contre le bureau situé en face d'elle l'avait protégée contre une chute qui aurait été inévitable dans le cas contraire. Par la suite, les consultations auprès de plusieurs médecins n'avaient pas permis de diminuer les douleurs et la mobilité du genou restait entravée. Elle avait de plus dû subir une intervention chirurgicale. Les traitements étaient donc en lien de causalité avec l'accident du 22 août 2005, que l'assurance devait prendre en charge. Par conséquent, cette dernière était priée de confirmer la prise en charge des traitements, ainsi que sa perte de gain, ou, à défaut, rendre une décision formelle. Par décision formelle du 6 juillet 2007, l'assureur a mis un terme à ses obligations avec effet au 31 mars 2006. Il a notamment relevé qu'il avait fallu deux ans pour que l'assurée introduisît un fait nouveau, soit un choc du genou contre le bureau. Cela étant, cet élément ne modifiait pas sa décision. En effet, tant le Dr L_____ que le Dr M_____ avaient coché la case « maladie » dans les feuilles de soins, la case « accident non causée par un tiers » n'apparaissant que plus tard. De plus, l'IRM pratiquée le 30 août 2005 ne révélait pas d'épanchement articulaire, ce qui aurait été le cas en cas de fracture. Le même examen ne constatait d'ailleurs aucune contusion osseuse ou fracture ni aucune anomalie significative et en aucun cas une lésion traumatique. L'arthro-scanner du 24 mars 2006 avait révélé une atteinte étendue aux deux facettes de la rotule, ce qui confirmait qu'il ne s'agissait pas des

conséquences d'un traumatisme car, dans un tel cas, seule une des facettes aurait été atteinte. Il s'agissait en réalité d'une sévère chondropathie patellaire ainsi que d'une petite ostéoporose, sans lien de causalité avec l'accident. Les affirmations des Drs P _____ et R _____ ne résistaient ainsi pas face aux conclusions de l'IRM effectuée huit jours après les faits et de l'arthro-scanner de mars 2006. Par ailleurs, le fait que l'assurée n'avait aucune douleur avant l'accident ne signifiait pas que les douleurs actuelles fussent en relation de causalité adéquate avec l'événement, dès lors qu'il s'agissait typiquement des conséquences d'une dégénérescence indépendante de tout événement accidentel. Dès lors qu'elle avait accepté de prendre en charge les conséquences de l'événement du 22 août 2005 et ce jusqu'au 31 mars 2006, l'assurance avait largement assumé ses obligations, aucun lien de causalité naturelle n'étant plus prouvé à satisfaction de droit. Le 7 août 2007, l'assurée a formé opposition à la décision du 6 juillet 2007. Après avoir rappelé les faits, elle a notamment considéré que les conditions de l'accident étaient remplies. En effet, elle avait subi à son genou droit une atteinte dommageable (lésions cartilagineuses de la rotule), soudaine (brièveté du choc), involontaire (l'assurée n'ayant jamais eu l'intention de se blesser), due à une cause extérieure (choc contre des objets entraînant des torsions du genou) et extraordinaire (elle n'avait pas remarqué l'obstacle se trouvant sur son chemin en raison de la charge qu'elle portait et de l'erreur de sa collègue d'empiler des dossiers dans un passage). Selon l'assurée, il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions médicalement constatées, car avant l'accident, elle était en bonne santé, pouvait effectuer toutes les tâches qui lui étaient confiées et faisait du sport. Par ailleurs, l'absence de lésions antérieures ressortait également de l'IRM pratiquée huit jours après l'accident. L'assurée était également d'avis que la causalité adéquate entre l'événement accidentel et les lésions constatées devait être admise car le choc et les torsions du genou étaient, selon le cours ordinaire des choses, propres à produire des fissurations du cartilage causant les douleurs dont elle souffrait et qui nécessitaient un traitement médical et des arrêts de travail. S'agissant de l'argument de l'assurance, selon lequel il n'y avait pas de lésions traumatiques, il était contesté par le Dr S _____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation à Ferney-Voltaire (France), dont le rapport figurait en annexe à son opposition. Partant, elle concluait, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 6 juillet 2007, à la prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à l'accident du 22 août 2005 et à l'octroi d'indemnités journalières. En annexe à l'opposition figurait le rapport du Dr S _____ du 31 juillet 2007, dans lequel ce médecin a posé le diagnostic de chondropathie patellaire rotulienne. Ce diagnostic était prouvé par les constatations de l'arthroscanner du 24 mars 2006 et par celles faites « de visu », le 27 avril 2007, lors de l'arthroscopie chirurgicale, à savoir des lésions cartilagineuses des deux facettes latérales de la rotule de stade II (ce qui correspondait à une fissuration superficielle du cartilage), avec clapet de cartilage sur la facette latérale assimilable à un stade III, le reste du cartilage présentant une atteinte oedémateuse de stade I (soit un ramollissement du cartilage). Pour ce médecin, une chondropathie patellaire rotulienne avait le plus fréquemment une origine traumatique chez un sujet jeune, indemne d'une autre pathologie du genou. L'événement du 22 août 2005 était compatible avec la symptomatologie et la pathologie présentées. Si les Drs L _____ et M _____ avaient coché la case « maladie » sur les feuilles de soins, cela était dû à la législation française, la même assurance (soit la sécurité sociale) couvrant l'accident et la maladie, seul l'accident causé par un tiers ou l'accident du travail pour un salarié français étant discriminés, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. Dans le cas des chondropathies rotuliennes post-traumatiques, les signes radiologiques (IRM ou

arthros-scanner) étaient toujours retardés, ce qui expliquait la normalité de l'IRM initiale. Il y avait en effet un continuum évolutif des symptômes entre l'accident et l'heure actuelle. En outre, le fait que les lésions touchaient les deux facettes rotuliennes ne plaident pas contre une origine traumatique. En effet, dans le cas d'une chondropathie, il y avait modification (sous la forme d'un ramollissement) des deux facettes puis l'apparition de fissures superficielles puis profondes, siégeant sur tout ou partie des deux facettes, l'ensemble évoluant sur de nombreux mois ou années. Les arguments avancés dans la décision du 6 juillet 2007 concernaient les fractures rotuliennes (soit les atteintes osseuses, ce qui n'était pas le cas de l'assurée) et non les atteintes de la pellicule de cartilage recouvrant l'os. L'atteinte des deux facettes rotuliennes avec des lésions cartilagineuses de stade I, II et assimilables à III en ce qui concernait le clapet, plaident en faveur d'une atteinte traumatique. Pour le Dr S_____, l'IRM effectuée huit jours après l'accident attestait de l'absence de lésions dégénératives préexistantes. L'ostéoporose constatée le 24 mars 2006 était réactionnelle à la chondropathie et ne constituait pas une pathologie autre de nature malade. Enfin, le Dr S_____ relevait qu'il n'y avait aucun signe de dégénérescence indépendante de tout événement accidentel, comme cela ressortait de l'IRM du 30 août 2005 (« pas de signe de lésions dégénérative significative »), de l'arthroscanner du 24 mars 2006 (« pas d'anomalie fémoro-tibiale). En effet, le cartilage fémoro-tibial et les ménisques ont un aspect normal de même que le pivot central » et des constatations du Dr R_____ lors de l'intervention du 27 avril 2007 (« l'intégrité des compartiments fémoro-tibial et médial ainsi que du pivot central et des ménisques »). Compte tenu des considérations qui précèdent, le Dr S_____ était arrivé à la conclusion que la chondropathie rotulienne post-traumatique pouvait être imputée de façon directe, certaine et exclusive à l'événement dont l'assurée avait été victime le 22 août 2005. Le 1^{er} novembre 2007, l'assurance a notifié à l'assurée une nouvelle décision correspondant en tous points, mot par mot, à la décision du 6 juillet 2007. Par décision du 12 novembre 2007, l'assurance a annulé sa décision du 1^{er} novembre 2007, expliquant que son envoi résultait d'une erreur pure et simple. Le même jour, l'assurance a sollicité de l'assurée la production des examens complets des IRM et scanner, y compris des photographies, afin de pouvoir se déterminer quant à la pertinence des interprétations qui en avaient été faites. Par décision sur opposition du 24 mars 2008, l'assurance a partiellement admis l'opposition du 7 août 2007, annulé sa décision du 6 juillet 2007 et accepté la prise en charge du cas conformément aux dispositions légales. Elle a en effet considéré que l'IRM du 30 août 2005 et l'arthroscanner du 24 mars 2006 n'étaient pas suffisamment précis et qu'elle était donc fondée à suivre les conclusions prises par les médecins consultés. Ce n'était en fin de compte que l'arthroscopie du 27 avril 2007 qui avait mis en évidence la nature post-traumatique des lésions. Les 27 mars, 1^{er} avril, 16 mai, 8 juillet, 27 août et 29 octobre 2008, l'employeur de l'assurée a récapitulé les absences de son employée, transmettant les certificats médicaux. Ainsi, l'assurée était totalement incapable de travailler du 6 avril 2006 au 31 janvier 2008 inclus, à 50% du 14 janvier au 10 février 2008, à 25 % du 11 février au 11 août 2008 et à 20% du 12 août au 15 décembre 2008. L'assurée a recouvré une pleine capacité de travail dès le 15 décembre 2008. Faisant suite à un courrier du 25 avril 2008, resté sans réponse (courrier ne figurant pas au dossier), l'assurée a, par courrier du 19 mai 2008, sollicité une décision relative à un examen par le médecin conseil. Le 4 février 2009, l'assureur a renoncé à pratiquer l'assurance-accidents, n'apparaissant ainsi plus, dès le 1^{er} octobre 2009, sur le registre des assureurs-accidents. Par courrier du 23 février 2009, l'employeur de l'assurée a encore transmis les certificats d'incapacité de travail relatifs aux absences des

15 et 16, 29 et 30 janvier, 5 et 6, 17 et 18 février 2009. Interpellé par l'assureur quant à la raison des absences de deux jours en janvier et février 2009, le Dr P_____ a précisé qu'en raison de la thérapie de viscosupplémentation commencée le 15 janvier 2009, l'assurée nécessitait un repos de 24 à 48 heures après chaque infiltration. La patiente se déplaçant à pieds et en transports publics pour se rendre à son travail, un arrêt de travail de 24 à 48 heures était nécessaire après chaque infiltration. Le 6 mai 2009, l'assurée a été examinée par le Dr T_____, médecin-conseil de l'assureur. Selon le rapport établi à l'issue de cet examen, l'évolution à la suite de la chondromalacie rotulienne droite était difficile avec des douleurs la nuit, au repos, à la marche très limitée, dans les escaliers, sur sols irréguliers, avec des lâchages, une impossibilité de s'accroupir et de s'agenouiller. Les douleurs au genou gauche et les lombalgies ne pouvaient, quant à elles, être considérées comme post-traumatiques ni en lien avec l'événement du 22 août 2005. La chondromalacie rotulienne expliquait l'atrophie musculaire de la cuisse de l'assurée, que les médecins tentaient d'améliorer avec un appareil de stimulation. Avec une bonne trophicité musculaire, les douleurs de la rotule allaient probablement être favorablement influencées. S'agissant des courtes mais répétées incapacités de travail, elles s'expliquaient par le repos nécessité par les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique, qui étaient difficiles à comprendre étant donné qu'elles étaient restées sans effet en 2008. De plus, en Suisse, les traitements de viscosupplémentation n'étaient pas pris en charge par les assurances, sauf cas particuliers notamment après avoir leur accord préalable. Dans un courrier du 7 mai 2009, le Dr P_____ a précisé que l'assurée n'avait constaté aucune amélioration suite au traitement de viscosupplémentation précité. Elle se plaignait de douleurs au genou lors de toutes les activités de la vie quotidienne, notamment à la marche et à la descente des escaliers. Il lui était impossible de se mettre accroupie et avait présenté plusieurs épisodes de lâchages. Aucun nouveau bilan radiologique n'avait été effectué mais l'évolution naturelle de ces lésions du cartilage du genou consistait en l'apparition progressive d'une arthrose plus ou moins importante. En raison des fortes douleurs malgré le traitement antalgique, l'assurée avait été adressée à la consultation de la douleur du Dr U_____. Par courrier du 12 mai 2009, le Dr U_____ a sollicité, pour le compte de l'assurée, la prise en charge d'un TENS (appareil de stimulation) pour le traitement des gonalgies chroniques avec une composante neuropathique et résistant à toute autre thérapie. Ce traitement, qui était essayé depuis deux semaines, apportait du bénéfice à l'assurée. Afin d'éviter une location trop longue, le Dr U_____ suggérait l'acquisition du TENS. Dans un courriel du 10 juin 2009, l'assurance a informé l'assurée qu'elle avait accepté la location du TENS. Elle précisait également qu'elle considérait qu'il était prématuré de se prononcer sur une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité mais que ce point serait considéré en temps opportun. Quant à l'examen par le médecin-conseil, il avait été reporté compte tenu de la reprise du travail par l'assurée. Ce n'était qu'après avoir pris connaissance des incapacités de travail espacées dans le temps que l'examen avait été mis sur pieds. Le 11 juin 2009, le Dr U_____ a confirmé sa demande d'acquisition d'un TENS, appareil dont l'utilisation quotidienne d'environ 8 heures améliorait la symptomatologie après une phase test d'un mois. Le 26 juin 2009, l'assurée a formulé des observations s'agissant du rapport du Dr T_____ du 6 mai 2009. Elle a en outre requis des explications quant aux raisons pour lesquelles l'assurance ne pouvait se prononcer sur une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité quatre ans après les faits. Enfin, elle a exigé la restitution du dossier radiographique qu'elle avait remis au Dr T_____ ainsi qu'une copie de son dossier. Par courrier du 2 juillet 2009, l'assureur a accepté de prendre en charge la location d'un TENS

pendant deux mois, ne pouvant considérer l'achat d'un appareil qui n'avait pour but que le soulagement des douleurs de l'assurée. En date du 17 août 2009, l'assurée a demandé à l'assurance de bien vouloir donner suite à son courrier du 26 juin 2009. A défaut, elle saisirait le Tribunal compétent pour déni de justice. Le 3 septembre 2009, le Dr U_____ a indiqué à l'assureur que grâce à l'utilisation quotidienne du TENS et à la prise de Neurontin et de Tryptisol à petites doses le soir, l'évolution était stable voire lentement favorable. Par courrier du 14 septembre 2009, l'assurée a, une nouvelle fois, exigé de l'assurance qu'elle donnât suite à ses courriers des 17 août et 26 juin 2009. Par courrier du 27 janvier 2010, le Dr U_____ a encore précisé que le Neurotin était prescrit à des doses conventionnelles dans le cadre des douleurs neuropathiques et que sa prise devait être poursuivie au long cours. Quant au Saroten, il s'agissait d'un traitement efficace pour le contrôle des douleurs chroniques d'origine neuropathique et sa prise, à des doses relativement faibles, était tout à fait compatible avec les autres traitement antalgiques. Le 30 juin 2010, l'assurée a une nouvelle fois requis une copie de son dossier. Devant l'absence de réaction de l'assurance, l'assurée a saisi, en date du 20 août 2010, le TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES (TCAS), alors compétent, d'un recours pour déni de justice concluant à la condamnation de l'assurance au versement de 7'377 fr. 30 au titre de remboursement de frais médicaux/frais de transport/frais divers avec intérêts à 5% dès le 21 août 2010 ainsi que 12'000 fr. au titre de dommage-intérêts. Par arrêt du 18 octobre 2010 (ATAS/1097/2010), le TCAS a constaté que l'assurance avait commis un déni de justice et l'a invité à statuer à bref délai sur la demande de rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le Dr T_____ a une nouvelle fois examiné l'assurée le 16 février 2011. Selon le rapport y consécutif, daté du même jour, le diagnostic était celui de status après distorsion fémoro-patellaire droite le 22 août 2008 ainsi que de status après régularisation de lésions chondrales latérales externes de la rotule par voie arthroscopique le 27 mars 2007. L'existence d'un lien de causalité était difficile à déterminer étant donné que sept mois après l'incident, en mars 2006, une sévère chondropathie patellaire, avec des ulcérations cartilagineuses, était décrite. Cette chondromalacie, probablement asymptomatique avant la distorsion du genou, pouvait difficilement être mise en rapport avec la distorsion du 22 août 2005. Aucun traitement particulier, à l'exception du traitement en cours, ne se justifiait. Enfin, il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ni d'une invalidité. Le 8 mars 2011, le Dr T_____ a encore ajouté qu'il n'était plus possible de retenir un lien de causalité avec la distorsion fémoro-patellaire du 22 août 2005 en raison du temps écoulé (plus de cinq ans). Devant l'absence de décision formelle, l'assurée a rappelé à l'assurance, par courrier du 13 avril 2011, que le TCAS l'avait enjointe à se prononcer rapidement sur la question de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. A défaut de nouvelles avant le 28 avril 2011, elle allait à nouveau saisir le Tribunal pour déni de justice. Par décision du 19 avril 2011, l'assurance a mis un terme à ses obligations, avec effet au 16 février 2011, date de la consultation chez le Dr T_____, considérant qu'il n'était plus possible de retenir un lien de causalité avec la distorsion fémoro-patellaire du mois d'août 2005. Le 30 mai 2011, l'assurée a fait opposition à la décision précitée, considérant qu'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions médicalement attestées, dès lors qu'avant l'accident assuré, elle était en bonne santé. L'absence de lésions antérieures ressortait également de l'IRM pratiquée huit jours après l'accident, comme le Dr S_____ l'avait précisé dans son rapport du 31 juillet 2007. Le 22 août 2005, elle avait été victime d'un accident ayant entraîné une atteinte à la santé engendrant des traitements

médicaux et pharmaceutiques ainsi que des empêchements d'accomplir certaines tâches professionnelles, ce qui limitait considérablement son employabilité de sorte que l'assureur était prié de lui octroyer une rente d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et de prendre en charge les frais médicaux. Souhaitant déléguer le dossier à TOPLIS & HARDING SA, INTERNATIONAL LOSS ADJUSTERS (ci-après : le représentant de l'assurance), l'assurance a sollicité l'accord de son assurée par courrier du 4 juillet 2011. Suite au rappel de l'assurance, l'assurée a, par courrier du 28 juillet 2011, indiqué qu'elle ne voyait pas en quoi son accord était nécessaire pour la délégation de son dossier. Elle attendait en outre une décision sur opposition avant le 15 août 2011. Par courrier du 2 août 2011, l'assurance a rappelé à son assurée qu'elle devait donner son autorisation pour que les documents puissent être remis à un tiers. Le 8 août 2011, l'assurée a donné son accord à la délégation de son dossier. Par courrier du 21 septembre 2011, l'assurée a exigé une décision sur opposition d'ici au 30 septembre suivant. Le 6 octobre 2011, le représentant de l'assurance a indiqué à l'assurée que des investigations complémentaires étaient encore nécessaires, raison pour laquelle il n'était pas possible de prendre position et de respecter le délai fixé au 30 septembre. Par courrier du 10 octobre 2011, le représentant de l'assurance a informé l'assurée qu'elle entendait soumettre son cas à son médecin-conseil, le Dr V _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et lui a demandé de bien vouloir lui transmettre les IRM, scanner et radiographies. Le 16 décembre 2011, l'assurée a transmis au représentant de son assurance le dossier radiographique requis. Dans un rapport daté du 9 janvier 2012, le Dr V _____, a considéré, après avoir brièvement résumé le dossier, que l'événement du 22 août 2005 (entorse, faux pas, traumatisme en hyper-extension, ...) ne constituait pas un accident et n'était pas à même de créer les lésions bilatérales. Ledit événement avait, au mieux, rendu symptomatique, les lésions du genou droit et un statu quo aurait dû être trouvé très rapidement dans ce cas. Quoi qu'il en soit, il proposait à l'assureur d'effectuer une expertise sérieuse, avec notamment des questions relatives à un diagnostic clair, à l'adéquation du traumatisme, à l'éventualité de lésions assimilées et à la date d'atteinte d'un statu quo sine . Par courrier du 3 juillet 2012, le représentant de l'assurance a informé l'assurée qu'il entendait reconsidérer la décision du 24 mars 2008 et nier toute causalité entre l'événement du 22 août 2005 et ses plaintes subséquentes. Comme le Dr P _____ avait conclu à des douleurs séquellaires d'une fracture chondrale de la rotule dans son rapport du 13 mars 2007 et que l'IRM du 21 novembre 2005 avait exclu toute lésion méniscale, la chondromalacie dont souffrait l'assurée ne pouvait être mise en rapport avec la distorsion du 22 août 2005, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par le Dr T _____ dans son rapport du 16 février 2011. Par ailleurs, dans la mesure où l'événement du 22 août 2005 sous forme d'entorse, de faux pas, traumatisme en hyper-extension, etc. n'avait causé aucune lésion, il ne saurait être qualifié ni d'accident ni de lésion assimilée. La décision du 24 mars 2008, qui ne tenait pas compte de l'IRM du 21 novembre 2005, était manifestement erronée dès lors qu'elle reconnaissait un lien de causalité entre l'accident et les plaintes au genou. Par ailleurs, dans la mesure où sa rectification revêtait une importance notable, la décision du 24 mars 2008 allait être modifiée en ce sens que la causalité serait niée. Partant, une décision sur opposition niant la causalité non pas uniquement pour la période postérieure au 16 février 2011 et mais rétroactivement au 22 août 2005 allait être rendue. Dès lors qu'il s'agissait d'une reformatio in peius, un délai au 15 juillet était octroyée à l'assurée pour retirer son opposition du 30 mai 2011. Le 25 juillet 2012, l'assurée a contesté l'appréciation du représentant de l'assurance et a sollicité une décision sujette à recours. Par décision sur

opposition du 3 octobre 2012, l'assurance a rejeté l'opposition du 30 mai 2011 et a reconsidéré la décision du 19 avril 2011 en ce sens qu'aucune prestation n'était due à l'assurée en relation avec l'incident du 22 août 2005. L'assurance renonçait cependant à réclamer la restitution des prestations déjà versées. A l'appui de sa décision sur opposition, l'assurance a notamment répété les termes du courrier de son représentant du 3 juillet 2012, précisant que les prestations déjà versées s'élevaient à 11'524 fr. 20 (frais de guérison, dernier versement effectué le 22 décembre 2010) et à 59'186 fr. 20 (indemnités journalières, dernier versement effectué le 29 janvier 2009). L'assurance a également considéré, à titre subsidiaire, que quand bien même la causalité naturelle devait être retenue, le statu quo sine aurait été atteint au plus tard le 16 février 2011, date de la consultation chez le Dr T_____ de sorte que les prestations auraient pu être arrêtées valablement à cette date. Enfin, à titre plus subsidiaire, l'assurance a constaté que son assurée était à nouveau totalement capable de travailler depuis le 15 décembre 2008, n'ayant présenté que de courtes mais répétées incapacités de travail de deux jours. Par ailleurs, depuis le 18 février 2009, plus aucune incapacité de travail n'avait été annoncée. Partant, même si la nature accidentelle ou de lésion assimilée de l'accident du 22 août 2005 ainsi que la causalité naturelle et adéquate avaient été reconnues, tant la capacité de travail que la capacité de gain étaient pleines et entières de sorte que l'assurée réalisait un revenu excluant une rente d'invalidité. Par ailleurs, la chondromalacie ne constituait nullement un état de fait ouvrant un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le 5 novembre 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours auprès de la Cour de céans concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée et à la condamnation de l'assurance (ci-après : l'intimée) à prendre en charge les frais médicaux et pharmaceutiques découlant de l'accident du 22 août 2005 et à lui verser le montant 7'377 fr. 30 avec intérêts à 5% dès le 24 mars 2008 à titre de frais médicaux et pharmaceutiques qu'elle avait d'ores et déjà payés. La recourante conclut en outre à la condamnation de l'intimée à lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. Après avoir répété les faits, la recourante précise les frais médicaux et pharmaceutiques qu'elle a avancés, soit :

Nature Euros	Francs suisses
1 EUR =	1,45 fr.
Facture des médecins	706.00
1'023.70	
Factures de pharmacie	1236.00
1'792.20	
Frais de pharmacie	129.75
Frais non pris en charge par Les Mutuelles de France	286.32
415.15	
Frais de déplacements	2'156.0
3'126.20	
Frais de déplacement Dr T_____	48.00
Frais de parking Hôpital de La Tour	504.00
Frais pour le Centre de la douleur	339.00
TOTAL	7'378 fr.

La recourante estime en outre que la reconsidération de la décision du 24 mars 2008 n'était pas possible, l'intimée l'ayant rendue en se fondant sur un dossier médical complet. Partant, il ne s'agissait pas d'une décision « manifestement erronée ». Sur le fond, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le fait que l'IRM du 21 novembre 2005 ne mettait en évidence aucune lésion méniscale ni aucune anomalie significative pour en déduire que ses problèmes de santé résultaient d'aspect dégénératifs. Or, le Dr S_____ avait très clairement expliqué les raisons pour lesquelles une chondropathie ne pouvait être diagnostiquée peut après un traumatisme. En outre, le Dr T_____ faisait lui-même état des conséquences d'un accident et il n'ignorait pas l'existence de l'IRM du 21 novembre 2005. Partant, la reconsidération n'était qu'un prétexte pour masquer les carences dans le traitement de son dossier, étant rappelé que l'intimée avait été invitée par le TCAS, par arrêt du 18 octobre 2010, à statuer à bref délai sur ses prétentions. La recourante estime également que les conditions de l'accident, de la causalité naturelle et adéquate sont remplies, le lien de causalité naturelle ayant clairement été établi par les Drs R_____ et S_____ ainsi que par les diagnostics

du Dr T_____. Partant, l'intimée doit prendre en charge les frais médicaux et pharmaceutiques qui sont la conséquence de l'accident, s'élevant dans le cas d'espèce à 7'377 fr. 30 (recte 7'378 fr.). Enfin, la recourante réclame une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% pour la perte partielle de l'usage de la jambe au niveau du genou. Pour sa part, l'intimée a répondu en date du 16 janvier 2013, reprenant les termes de la décision sur opposition querellée. A la demande de la Cour de céans, l'intimée a encore précisé qu'elle avait renoncé, en date du 4 février 2009, à l'agrément pour l'exploitation, notamment, de la branche d'assurance « B1 Accidents ». Elle a également précisé qu'aucun repreneur n'avait poursuivi ses activités et que conformément au plan de liquidation approuvé par la FINMA, toutes les obligations contractuelles et notamment celles qui concernaient les sinistres en cours, devaient être entièrement remplies. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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. 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 28 août 2005 peut être qualifié d'accident ou être assimilé à un accident et, dans l'affirmative, s'il existe un lien de causalité naturelle entre ledit accident et les atteintes dont se prévaut la recourante. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). b) Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et

des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié U 499/00 du 12 septembre 2001, consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b). c) Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 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). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (ATF non publié 8C_693/2010 du 25 mars 2011, consid. 5.2). d) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, 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 ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis 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 non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). 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). a/aa) 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. 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. a/bb) 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). Il en va de même lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Ainsi, dans un tel cas, 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). b) 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). b) 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). b/aa) 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). 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). b/bb) 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). b/cc) 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. cc). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport

du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C_12/2012 consid. 7.1, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3). c) 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). d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). a) En l'espèce, il ressort des déclarations d'accident des 23 août et 27 septembre 2005 que la recourante a trébuché, toutefois sans tomber, sur une pile de dossiers posés par terre dans le passage de la porte du bureau dans lequel elle se rendait. Dans son courrier du 12 juin 2007, elle a encore précisé qu'elle avait lourdement buté dans la pile de dossiers posés à terre, et que les pas suivants avaient été totalement entravés, enchaînant plusieurs « faux pas ». Elle s'était alors tordu le genou à plusieurs reprises à cause de déséquilibres successifs. Seul le fait de venir buter contre le bureau situé en face d'elle l'avait protégée contre une chute qui aurait été inévitable dans le cas contraire. Dans son rapport du 13 mars 2007, le Dr P_____ a indiqué que la recourante avait trébuché et qu'elle s'était rattrapée sur la jambe droite, occasionnant une vive douleur du quadriceps droit, puis après quelques heures du genou droit. Au vu de la description des événements et notamment du fait que la recourante a trébuché, il y a lieu de reconnaître l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b), susceptible de causer les lésions au genou droit (voir rapport du Dr M_____ du 2 septembre 2005 (« accident d'instabilité rotulienne »), rapport initial LAA du Dr L_____ du 1^{er} octobre 2005 (« instabilité post-traumatique de la patelle »), rapport du Dr N_____ du 1^{er} mars 2006 (« syndrome de surcharge fémoro-patellaire post-traumatique sur disbalance musculaire »),

compte-rendu opératoire du Dr R_____ du 27 avril 2007 (« chondropathie patellaire post-traumatique du genou droit »), certificat du Dr R_____ du 28 avril 2007 (« chondropathie rotulienne droite post-traumatique »), certificat du Dr R_____ du 22 mai 2007 (« lésions post-traumatiques qui peuvent être rattachées à l'accident survenu le 22 août 2005 »), courrier du Dr S_____ du 31 juillet 2007 (« chondropathie rotulienne post-traumatique ») ou à tout le moins de décompenser un état dégénératif préexistant (rapport du Dr T_____ du 16 février 2011 et courrier du 8 mars 2011, dans lequel ce médecin indique qu'il n'est plus possible de retenir un lien de causalité avec la distorsion fémoro-patellaire d'août 2004 ou encore rapport du Dr V_____ du 9 janvier 2012 qui indique que l'événement du 22 août 2004 a tout au plus rendu symptomatique des lésions du genou droit mais que le statu quo aurait dû être retrouvé rapidement). Par ailleurs, les autres conditions de l'accident sont à l'évidence également réalisées : la recourante a souffert d'une atteinte dommageable à son genou droit, qui a été provoquée involontairement. Partant, contrairement à la position de l'intimée et du Dr V_____, l'événement du 22 août 2005 doit être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. b) Pour que l'intimée soit tenue de prêter, un lien de causalité naturelle et adéquate doit exister entre l'accident assuré et l'atteinte au genou droit. La causalité naturelle étant une question de fait qui est en principe examinée en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, il y a lieu d'examiner la valeur probante des rapports au dossier de l'intimée. Dans ce contexte, la Cour de céans constate qu'aucun des nombreux rapports médicaux au dossier ne répond aux conditions jurisprudentielles pour lui voir reconnaître une valeur probante. D'ailleurs, même l'intimée ne le prétend pas. En effet, les rapports du Dr M_____ du 2 septembre 2005, du Dr L_____ du 1^{er} octobre 2005, du Dr N_____ du 1^{er} mars 2006, le compte-rendu opératoire du Dr R_____ du 27 avril 2007 ainsi que les certificats du Dr R_____ des 28 avril 2007 et 22 mai 2007 ne se prononcent pas expressément sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2005 et les atteintes au genou droit. En outre, ils ne contiennent pas d'anamnèse ni d'étude fouillée des points litigieux importants et leurs conclusions ne sont pas motivées. Quant au Dr S_____, il examine certes, dans son courrier du 31 juillet 2007, l'existence d'un lien de causalité mais il se concentre surtout sur le fait qu'une chondropathie patellaire peut être post-traumatique. Par ailleurs, dans la mesure où il répond à des questions qui lui ont été posées, son courrier ne contient pas d'anamnèse, ni de description des plaintes de la recourante. On ne sait en outre pas si ce médecin a examiné la recourante ou s'il s'est simplement fondé sur le dossier transmis. S'agissant du rapport du Dr T_____ du 6 mai 2009, il ne se prononce pas expressément sur le lien de causalité entre l'accident du 22 août 2005 mais semble toutefois l'admettre dans la mesure où il fait état d'un accident au genou droit et oppose aux atteintes à ce genou celles au genou gauche et les lombalgies qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident assuré. De plus, comme les autres documents médicaux, le rapport du 6 mai 2009 ne contient pas d'anamnèse et il n'effectue pas d'étude fouillée des points litigieux. Quant au rapport du 16 février 2011 de ce même médecin, il ne se prononce pas sur le lien de causalité qu'il qualifie de difficile à déterminer, tout en précisant que la chondromalacie probablement asymptomatique jusqu'à la distorsion du genou, pouvait difficilement être mise en rapport avec la distorsion du 22 août 2005. Dans son courrier du 8 mars 2011, qui répond aux questions de l'intimée, le Dr T_____ ne fait qu'indiquer qu'il n'est plus possible de retenir un lien de causalité avec la distorsion fémoro-patellaire d'août 2004 en raison de l'écoulement du temps, ce qui laisse présumer que le lien de causalité a dans un premier temps existé. Les appréciations du Dr

T _____ sont ainsi contradictoires : d'une part, ce médecin semble admettre un lien de causalité et d'autre part, il le rejette. Ce médecin estime en outre qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité mais il ne motive absolument pas cette conclusion. Enfin, le rapport du Dr V _____ du 9 janvier 2012 est fort succinct et pas suffisamment étayé pour disposer d'une pleine valeur probante. Ce médecin estime que l'événement du 22 août 2005 ne peut être qualifié d'accident dès lors qu'il n'est pas à même de créer les lésions au genou droit. Il admet cependant que l'événement en question a pu décompenser les lésions du genou droit et estime qu'un statu quo aurait dû être trouvé très rapidement. Cela étant, le Dr V _____ propose clairement au représentant de l'intimée d'effectuer une expertise sérieuse, avec notamment un diagnostic clair, un examen de l'adéquation du traumatisme, l'existence d'une lésion assimilée et la date d'atteinte d'un statu quo sine , ce qui démontre que son appréciation n'est à l'évidence pas suffisamment précise. Force est ainsi de constater que l'intimée a nié le lien de causalité, avec effet rétroactif, en se fondant d'une part sur les avis du Dr T _____ qui a, dans un premier temps, admis le lien de causalité pour finalement le nier, tout en relevant que son examen était difficile, et d'autre part sur un avis du Dr V _____, qui suggérait la réalisation d'une expertise en bonne et due forme. Au vu de ces éléments, il est pour le moins incompréhensible que l'intimée n'ait pas poursuivi l'instruction en soumettant la recourante à une expertise afin qu'un diagnostic exact soit posé, que le lien de causalité naturelle - voire partielle le cas échéant - soit éclairci et que la date du retour à un statu quo soit déterminée. En rendant une décision alors que l'instruction était lacunaire, l'intimée a manifestement constaté les faits de manière sommaire (la causalité naturelle étant une question de fait). Cette manière de procéder ne saurait être admise. Partant, dans un tel cas, la Cour de céans n'a d'autre choix que d'annuler les décisions querellées et de renvoyer le dossier à l'intimée pour que celle-ci procède à une instruction complète, sous forme d'une expertise réalisée par un médecin indépendant, et portant sur les questions de la causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2005 et les atteintes au genou droit, ainsi que, cas échéant, sur l'existence d'une causalité partielle et la retour à un statu quo sine vel ante ainsi que sur la problématique de l'atteinte à l'intégrité, qui n'a pas été investiguée à satisfaction de droit. Le fait que la recourante ne présente plus d'incapacité de travail ne modifie en rien la pertinence de l'instruction sur le lien de causalité naturelle étant donné que de l'existence d'un tel lien dépend la prise en charge des frais médicaux nécessités par l'atteinte au genou droit ainsi que le versement, le cas échéant, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. De plus, de la réponse à la question du lien de causalité naturelle dépendent également les suites à donner en cas de rechute. Enfin, il y a lieu de préciser que la question de la validité de la reconsidération peut en l'état rester ouverte dans la mesure où les décisions querellées doivent quoi qu'il en soit être annulées faute de reposer sur une instruction complète des faits. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et les décisions des 19 avril 2011 et 3 octobre 2012 seront annulées. Le dossier sera renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'800 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et 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 A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule les décisions des 19 avril 2011 et 3 octobre 2012. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne la GAN INCENDIE ACCIDENTS à payer à la recourante la somme de 1'800 fr.

à titre de participation à ses frais et dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. Nancy BISIN Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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