

GE_GERICHTE A/4150/2010 vom 1. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4150_2010

FR: GE_GERICHTE A/4150/2010 du 1 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/4150/2010 del 1 febbraio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.02.2012
A/4150/2010

A/4150/2010 ATAS/71/2012 du 01.02.2012 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4150/2010
ATAS/71/2012 ARRET DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Du
1 er février 2012 5ème Chambre En la cause Madame G _____, domiciliée à
THONEX recourante contre AXA ASSURANCES S.A., Sinistres Suisse, ch. de Primerose
11, LAUSANNE intimée EN FAIT Madame G _____ (ci-après l'assurée), née en
1947, travaille en tant que préposée à l'accueil de X _____ (ci-après X _____ ou
l'employeur). A ce titre, elle est assurée notamment contre les accidents professionnels et
non-professionnels auprès d'AXA ASSURANCES S.A. (ci-après l'assureur). Par
déclaration du 5 octobre 2000, l'employeur a annoncé à l'assureur qu'en date du 25
septembre 2000 à 19h, l'assurée, en tenant son chien en laisse lors d'une promenade dans le
Bois de Jussy, s'était faite violemment emporter. En faisant une rotation, elle s'était tordu le
genou droit. La nature de la lésion était une déchirure du ménisque Dans la déclaration
adressée le 10 octobre 2000 à l'assureur par le Dr L _____, médecin traitant,
spécialisé en médecine interne et en maladies rhumatismales, il est fait état de contusions au
genou droit. Le 18 décembre 2008, l'assurée a subi une arthroscopie du genou droit,
effectuée par le Dr M _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a révélé
une lésion complexe de la corne postérieure avec languette luxée au ménisque interne. Par
déclaration du 13 février 2009, signée également par l'assurée, l'employeur a informé
l'assureur que l'assurée, en marchant le long de la Seymaz, avait ressenti une douleur dans
le genou droit. Il a indiqué comme date et heure de l'accident le 25 septembre 2000 à 14h.
Elle avait été opérée le 18 décembre 2008 à la Clinique de la Colline. L'employeur a ajouté
« suite accident du 25 septembre 2000 ». La nature de la lésion était une déchirure du
ménisque. Par rapport du 3 juin 2009, le Dr L _____ a diagnostiqué une déchirure de
la corne postérieure du genou droit suite au traumatisme de l'année 2000. Après
l'arthroscopie du 18 décembre 2008, des douleurs persistaient. Aucune circonstance sans
rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas. Le traitement consistait en
rééducation, physiothérapie et infiltrations. Enfin, un dommage permanent était à craindre.
Dans son rapport du 3 août 2009, le Dr M _____ a diagnostiqué une déchirure du
ménisque interne du genou droit, avec languette mobile, une lésion chondrale du condyle
fémoral interne en regard de la lésion méniscale. Il y avait eu une amélioration après
l'arthroscopie du 18 décembre 2008, mais une persistance des douleurs à l'effort. Il n'y
avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui jouaient un rôle dans l'évolution
du cas. L'assurée prenait des antalgiques occasionnellement et l'incapacité de travail avait
été totale du 18 décembre 2008 au 18 janvier 2009. Il y avait lieu de craindre un dommage
permanent sous la forme d'une arthrose FTI post-traumatique. Le 4 février 2010, l'assurée a

subi une intervention chirurgicale - la pose d'une prothèse - effectuée par le Dr M_____. Dans son rapport du 11 février 2010, le Dr M_____ a diagnostiqué une arthrose fémoro-tibiale interne du genou droit post-traumatique et post-méniscectomie. Il y avait eu une aggravation de l'arthrose depuis l'intervention du 18 décembre 2008. Une pose de prothèse avait eu lieu le 4 février 2010, la durée du traitement était indéterminée et l'incapacité de travail était totale depuis le 3 février 2010. Par déclaration du 11 février 2010, l'employeur a annoncé à l'assureur l'hospitalisation de l'assurée, l'intervention chirurgicale et son incapacité de travail à compter du 4 février 2010. Dans son rapport du 22 juin 2010, le Dr N_____, médecin-conseil de l'assureur, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que lors de l'événement assuré du 25 septembre 2000, le Dr L_____ avait retenu une contusion du genou droit. Sur son rapport du 3 juin 2009, ce médecin avait mentionné une déchirure de la corne postérieure du ménisque du genou droit, suite au traumatisme de 2000. Suite à l'arthroscopie du 18 décembre 2008, le Dr M_____ avait indiqué, dans son rapport du 3 août 2009, une déchirure du ménisque interne du genou droit avec languette mobile, une lésion chondrale du condyle fémoral interne en regard de la lésion méniscale. Selon le protocole opératoire du 18 décembre 2008, il y avait une déchirure complexe de la corne postérieure. Selon le Dr N_____, la mise en évidence d'une lésion méniscale associée à une lésion chondrale huit ans après un événement mineur, chez une femme de 63 ans, était en relation de causalité certaine avec un état manifestement dégénératif. Par décision du 4 août 2010, l'assureur a informé l'assurée de son refus de prise en charge de l'intervention du 4 février 2010. Les documents médicaux avaient permis de conclure que l'accident survenu en 2000 avait généré une torsion du genou droit. Les premiers soins avaient été donnés par le Dr L_____, qui avait retenu une contusion du genou droit. Dans son rapport du 3 juin 2009, le médecin traitant avait noté une déchirure de la corne postérieure du ménisque du genou droit suite à l'accident de 2000. Le 3 août 2009, le Dr M_____ avait aussi relevé une déchirure du ménisque interne du genou droit. D'après le Dr N_____, la mise en évidence d'une lésion méniscale huit ans après un événement mineur était en relation de causalité certaine avec un état manifestement dégénératif et non plus accidentel. L'assureur ne pouvait donc pas intervenir pour prendre en charge l'intervention du 4 février 2010. Il ne revenait toutefois pas sur les frais déjà indemnisés. Par pli du 18 août 2010, l'assurée s'est opposée à la décision. Le Dr M_____ allait fournir des explications au médecin-conseil, avec lequel il avait déjà eu plusieurs contacts concernant ce dossier. Par courrier du 23 août 2010, le Dr M_____ s'est dit étonné par la décision de l'assureur. Il a expliqué que sa patiente avait effectivement eu un accident le 25 septembre 2000, avec mécanisme de torsion. Le Dr L_____ avait alors diagnostiqué une probable lésion méniscale. A la suite de cet accident, l'assurée avait continuellement présenté des douleurs au genou, manifestes dans les escaliers ou en flexion. C'est seulement en 2008 qu'elle avait consulté à nouveau, suite à une très importante augmentation des douleurs. Le Dr M_____ a ajouté avoir pratiqué une arthroscopie le 18 décembre 2008, au cours de laquelle il avait constaté une importante déchirure verticale de la corne postérieure du ménisque interne, libérant un fragment mobile correspondant aux 2/3 de la corne postérieure. Il y avait en plus une lésion chondrale du condyle interne, lésion assez bien délimitée, localisée sur la zone d'appui sur la lésion méniscale, genou en extension. Le reste du genou, et en particulier le reliquat méniscal interne, ne montrait aucune lésion dégénérative (mise à part une discrète chondropathie fémoro-patellaire tout à fait compatible avec l'âge de la patiente). Ces lésions étant donc de façon certaine d'origine

accidentelle et non dégénérative, l'assureur avait accepté de prendre en charge le traitement et ceci, sur l'avis du médecin conseil, le Dr O _____, qui lui avait d'ailleurs demandé des renseignements précis en date du 28 septembre 2009. La lésion du cartilage du condyle interne, provoquée par la déchirure méniscale, était malheureusement de mauvais pronostic, et l'évolution avait été rapidement défavorable dans les mois qui avaient suivi l'arthroscopie. Huit mois après l'intervention, les radiographies en charge montraient déjà un pincement fémoro-tibial interne quasi complet. L'indication à une prothèse avait été posée et l'intervention avait eu lieu le 4 février 2010. Le Dr M _____ demandait donc à l'assureur de revoir sa position. Par décision sur opposition du 26 octobre 2010, l'assureur a maintenu sa décision. Il a expliqué que lors de l'événement de 2000, l'assurée avait consulté le Dr L _____ à deux reprises, avec une petite anesthésie par infiltration. Il avait encore prescrit du Sportusal et une genouillère. Ce médecin avait diagnostiqué une contusion du genou droit (rapport du 10 octobre 2000). Il était donc évident que l'événement était plus que mineur et que l'avis du Dr M _____, selon lequel il serait responsable de l'importance des lésions décelées lors de l'arthroscopie, ne pouvait donc être retenu. L'assurée n'avait décrit aucune douleur du genou entre la fin du traitement de l'accident de 2000 et décembre 2008, soit un intervalle de huit ans sans symptômes douloureux documentés médicalement. Suite à la nouvelle déclaration d'accident datée du 13 février 2009, le Dr O _____, médecin-conseil de l'assureur, avait d'abord nié la relation de causalité des troubles avec l'accident de 2000, puis s'était ravisé suite à un entretien téléphonique avec le Dr M _____ le 28 août 2009. Les conclusions du Dr N _____ étaient cohérentes et convaincantes, de sorte que la causalité naturelle entre l'accident de 2000 et les douleurs exprimées par l'assurée dès décembre 2008 ne pouvait pas être tenue pour établie. La prise en charge de l'opération du 14 décembre 2008 et ses suites était injustifiée, de sorte que l'assureur avait déjà été fort généreux avec l'assurée. Par courrier adressé le 18 novembre 2010 à l'assureur, l'assurée a expliqué que, suite à l'événement du 25 septembre 2000, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail et le traitement avait été de courte durée. Le 20 septembre 2008, elle s'était pris le pied dans un trou en se promenant au bord de la Seymaz : elle avait eu une douleur au genou droit, une opération avait été effectuée le 18 décembre 2008, avec une incapacité de travail du 22 septembre au 28 octobre 2008, puis du 18 décembre 2008 au 19 janvier 2009. L'assurée demandait la reconsidération de la décision sur opposition dès lors que celle-ci était basée sur une erreur de déclaration faite par son employeur. Le 3 décembre 2010, l'assureur a transmis le courrier précité au Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, comme objet de sa compétence. Par écritures du 23 décembre 2010, l'assureur a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Par ailleurs, la recourante faisait valoir qu'elle s'était prise le pied dans un trou en se promenant le 20 septembre 2008. L'intimée constatait cependant que, dans la déclaration d'accident du 13 février 2009, il n'était pas fait mention de cette version des faits. Les rapports des Drs L _____ et M _____ n'en faisaient pas état non plus. Le Dr M _____ ne l'avait pas non plus mentionné lors de sa discussion avec le Dr O _____. Enfin, rien à ce propos n'était mentionné dans l'opposition. Cette nouvelle version ne pouvait donc pas être retenue pour plausible. Quoi qu'il en soit, cela ne changerait pas le fait que les troubles étaient d'origine manifestement dégénérative. A la demande de la Cour de céans, compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, l'intimée lui a transmis le 25 février 2011 le rapport du 3 juin 2009 du Dr L _____ et la note manuscrite du 25 août 2009 du Dr O _____. Du rapport du Dr L _____ ressort qu'il a posé le diagnostic de

déchirure de la corne postérieure du genou droit suite au traumatisme de l'année 2000. Quant à la note du Dr O _____, il en résulte que la relation de causalité entre l'accident et la lésion du ménisque est probable sous réserve du rapport opératoire. Ce médecin a précisé que si le ménisque interne était lésé, il n'y avait pas de doute sur la probabilité. Par ailleurs, il a relevé que l'intervalle de huit ans sans symptômes ne permettait pas de mettre la lésion méniscale en relation avec l'accident de 2000 (contusion). Cependant, le médecin-conseil attendait encore l'avis du Dr M _____ pour une décision définitive. Le 28 août 2009, le Dr O _____ a eu un entretien téléphonique avec le Dr M _____, lequel lui avait déclaré que la lésion méniscale et le type d'ulcération étaient en relation avec l'accident. Partant, la causalité devait être admise. Le 7 mars 2011, le Dr L _____ a fait savoir à la Cour de céans qu'il avait effectivement constaté en septembre 2000 une contusion du genou droit et avait soupçonné à l'époque une éventuelle lésion méniscale interne du genou. Toutefois, l'évolution avait été vers le mieux, sans arrêt de travail, de sorte qu'une IRM du genou droit n'avait pas été nécessaire. Cependant, cette évolution satisfaisante n'excluait pas totalement qu'à cette période la patiente avait pu avoir effectivement une déchirure méniscale qui était restée asymptomatique. Le 9 mars 2011, la recourante a produit notamment la lettre que le Dr M _____ lui a adressée le 8 mars 2011 et copie du courrier du Dr O _____ du 30 novembre 2010 à l'intimée. Dans sa missive du 8 mars 2011, le Dr M _____ a persisté à affirmer que la lésion méniscale constatée lors de l'arthroscopie du 18 décembre 2008 était de type traumatique, ce qui avait été également confirmé par le Dr O _____, médecin-conseil de l'intimée. Par ailleurs les lésions du cartilage qui avaient nécessité la pose d'une prothèse unicompartimentale en avril 2010 étaient des lésions d'évolution rapide, localisées essentiellement sur le condyle fémoral en regard de la lésion méniscale. Ainsi, il ne s'agissait pas d'une arthrose préexistante, mais de façon quasi certaine de la conséquence de la lésion méniscale. Le Dr M _____ s'était en outre déclaré surpris que l'intimée se basait sur des interprétations et un argumentaire juridique, sans avoir procédé à une véritable expertise médicale, qu'il ne lui ait jamais demandé les photographies faites lors de l'arthroscopie du 18 décembre 2008 et qu'elle n'avait fait nulle part mention des cas de chondrolyse rapide après lésion méniscale, ou même simplement après arthroscopie, alors que ceux-ci étaient parfaitement documentés dans la littérature. Quant au courrier du Dr O _____ du 30 novembre 2010, celui-ci a exprimé à l'intimée être choqué du refus de prise en charge avec effet rétroactif. Il a précisé qu'il n'avait pas changé d'avis sur l'intervention du médecin opérateur, mais que c'était lui qui l'avait appelé, pour lui demander son avis. Il a en outre relevé que le Dr M _____ était parfaitement sérieux dans ses indications, ce qu'il avait pu constater lorsqu'il avait été collaborateur de l'intimée. L'avis de ce médecin suffisait au Dr O _____, d'autant plus que cet avis avait été corroboré par des photos préopératoires de la lésion méniscale. Il s'agissait effectivement d'une déchirure radiaire que l'on ne trouvait pas dans les déchirures dégénératives, mais dans les déchirures traumatiques, nonobstant la présence d'une arthrose. Par écriture du 15 mars 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions. Dans ses écritures du 5 avril 2011, l'intimée a relevé que le Dr L _____ avait indiqué clairement que le diagnostic ne pouvait être tranché en 2000 entre une simple contusion ligamentaire et une éventuelle déchirure méniscale partielle. Il était par ailleurs inexact que le médecin traitant avait diagnostiqué en 2000 une probable lésion méniscale. Se fondant sur l'avis du 21 mars 2011 de son médecin-conseil, le Dr N _____, elle a souligné qu'il s'agissait d'une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne, associée

à un ulcère chondrale, ce qui correspondait à une arthrose. De ce fait, les atteintes étaient en relation de causalité certaine avec un état dégénératif. L'intimée avait également soumis les pièces médicales au Dr P _____, chirurgien orthopédiste et médecin-conseil. Celui-ci avait relevé que les importantes lésions constatées lors de l'arthroscopie ne pouvaient être mises en relation de causalité avec l'accident. Si l'événement du 25 septembre 2000 avait provoqué des lésions détectées lors de l'arthroscopie, celles-ci auraient nécessité un traitement médical approprié en raison des douleurs. Par ailleurs, selon ce médecin, un état dégénératif pouvait également être responsable d'une lésion radiaire. La possibilité que ces lésions soient consécutives à un état dégénératif du genou était beaucoup plus importante qu'une cause accidentelle. A cet égard, le Dr P _____ avait également souligné le caractère bénin de l'accident et du traitement initial, ainsi que l'absence de symptômes-pont. De surcroît, la caisse-maladie partageait les avis des Dr N _____ et P _____, alors même qu'elle avait intérêt à ce que la causalité soit admise. Cela étant, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Dans son rapport du 21 mars 2011 précité, le Dr N _____ a relevé ce qui suit : « Sachant l'importance de l'incident et de la prévalence des lésions dégénératives du compartiment interne du genou chez l'homme de la sixième décennie, sur le plan de la causalité naturelle qui régit la LAA, la mise en évidence d'une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne, associée à un ulcère chondral huit ans après une contusion simple du genou n'est que possible. Ceci correspond à une arthrose, comme le Dr M _____ l'a noté sous diagnostic clinique de son protocole opératoire en en-tête en haut à gauche : lésion du ménisque interne + arthrose fémoro-tibiale interne (arthrose FIT). » A la demande de la Cour de céans, l'intimée lui a transmis le 4 mai 2011 la traduction en français du rapport du 23 mars 2011 du Dr P _____. Ce médecin a relevé que le chirurgien avait trouvé un fragment mobile luxé du ménisque qui avait vraisemblablement contribué à la lésion du cartilage. Dès lors, il convenait de supposer, selon un degré de vraisemblance prépondérante, que la formation d'une déchirure du ménisque due à l'événement de l'année 2000 avec déchirure radiaire et fragment sous forme de languette luxée aurait mené longtemps auparavant, c'est-à-dire en principe immédiatement après l'événement, à des troubles graves qui auraient rendu nécessaires des examens approfondis, ainsi que des mesures thérapeutiques. Par ailleurs, les altérations de nature dégénérative des tissus du ménisque étaient également en mesure d'entraîner des fissures radiaires (verticales). Partant, en tenant compte de l'âge de l'assurée, il était bien plus vraisemblable qu'il s'agissait ici d'un état purement dégénératif et non pas d'une suite post-traumatique. Cette dernière hypothèse pourrait uniquement être prise en considération, si la recourante avait présenté dans le courant de l'an 2000 une symptomatologie transitoire récidivante. Dans son courrier adressé le 30 mai 2011 à la recourante, le Dr M _____ a relevé que les séquelles du traumatisme subi en 2000 avaient été des douleurs à l'effort et lors de la montée ou descente d'escaliers. Cette symptomatologie n'avait pratiquement pas évolué jusqu'en 2008. Le 20 septembre 2008, la recourante avait subi un nouveau traumatisme au niveau du genou droit, en se prenant le pied dans un trou lors d'une promenade. Ce traumatisme avait été suffisamment important pour motiver une incapacité de travail de plus d'un mois. Il était très surprenant que le rapport du Dr P _____ n'avait pas fait mention de cet événement et de la décompensation brutale au niveau du genou. Devant la persistance d'une symptomatologie extrêmement importante suite à l'événement du 20 septembre 2008, une IRM avait été pratiquée qui avait mis en évidence un délabrement du ménisque interne associé à des lésions chondrales du condyle interne et un œdème médullaire qui étaient de façon

quasiment certaine de nature post-traumatiques. Le Dr M_____ ne comprenait pas comment le Dr P_____ pouvait affirmer le contraire sans avoir jamais vu les photographies faites lors de cette arthroscopie. Ce médecin a ainsi persisté à considérer que les lésions étaient post-traumatiques. Déférant à une demande de la Cour de céans, la recourante a expliqué le 18 août 2011 qu'après l'évènement du 20 septembre 2008, sa fille l'avait emmenée le 21 septembre 2008 à la Clinique des Grangettes où elle avait été vue par le médecin de garde. Celui-ci l'avait envoyée chez un spécialiste en angiologie, le Dr Q_____, dès lors qu'elle avait fait une thrombo-phlébite peu auparavant. Ce dernier lui avait prescrit des anti-inflammatoires et une paire de béquilles, en attendant qu'elle consultât son médecin traitant, le Dr L_____, qu'elle était allée voir le lendemain. Elle n'avait par ailleurs pas de témoin de l'évènement du 20 septembre 2008. Concernant le déroulement de l'accident, elle a indiqué qu'elle avait marché sur un chemin en terre, lorsqu'elle avait malencontreusement mis le pied dans un trou et était tombée. Elle avait tout de suite ressenti une vive douleur dans le genou, en se remettant à marcher, raison pour laquelle elle était retournée à sa voiture et rentrée à la maison. Le 30 août 2011, le Dr L_____ a confirmé que la recourante l'avait consulté le 22 septembre 2008. Il avait alors constaté un petit épanchement articulaire et soupçonné une lésion méniscale. Une radiographie standard n'ayant pas mis en évidence de lésion osseuse, il n'avait pas jugé nécessaire de compléter tout de suite les examens par une IRM. Après un traitement de décharge pendant 10 jours et d'anti-inflammatoires, l'évolution avait été favorable, de sorte qu'il avait renoncé à des examens complémentaires. Comme il n'avait pas vu la patiente en première intention, il lui avait échappé qu'une déclaration d'accident n'avait pas été faite, d'autant plus que la Clinique des Grangettes avait cherché à éliminer plutôt un problème de thrombose veineuse. En raison de l'amélioration qui avait suivi, la patiente n'avait pas réagi pour faire la déclaration d'accident par la suite. Le 10 octobre 2011, le N_____, médecin-conseil de l'intimée, s'est déterminé sur le courrier précité du Dr L_____. Il a constaté que ce dernier avait uniquement prescrit un traitement conservateur pour un épanchement du genou après l'évènement du 21 (recte 20) septembre 2008. Le Dr M_____ n'avait pas non plus effectué une IRM. Sur le compte-rendu opératoire de l'arthroscopie était indiqué "lésions méniscales internes plus arthrose fémoro tibiale interne". En raison du diagnostic d'une arthrose, le Dr N_____ a jugé seulement possible un lien de causalité entre l'évènement du 21 (recte 20) septembre 2008 et la gonarthrose chez une femme de plus de 60 ans. Enfin, l'évènement du 20 septembre 2008 n'était mentionné dans aucun document médical. Par écritures du 11 octobre 2011, l'intimée a soutenu qu'il ressortait des pièces du dossier que l'évènement du 20 septembre 2008 n'avait fait que rendre douloureux un état dégénératif majeur, dès lors que cet évènement avait été bénin et inapte à causer les lésions constatées à l'arthroscopie, notamment l'arthrose fémoro-tibiale interne. De l'avis de l'intimée, l'absence de fracture et de mention concernant cet évènement confirmait le défaut du lien de causalité. Dans son rapport du 7 novembre 2011 à la recourante, le Dr M_____ a précisé qu'une IRM avait été effectuée le 6 novembre 2008. S'il était exact que l'IRM mentionnait une gonarthrose fémoro-tibiale interne et une déchirure vraisemblablement complexe étendue du ménisque interne, l'arthroscopie avait permis de révéler que les lésions du cartilage n'étaient pas classiques pour une gonarthrose dégénérative, mais très vraisemblablement consécutives à une lésion traumatique du ménisque, dès lors que la lésion chondrale était bien localisée sur le condyle fémoral interne, en miroir de la lésion méniscale interne. Par ailleurs, l'IRM semblait être compatible avec une origine traumatique. Le Dr M_____ a enfin

estimé nécessaire de procéder à une expertise médicale. Par écritures du 17 novembre 2011, l'intimée a persisté dans ses conclusions, en déniait toute valeur probante au rapport précité du Dr M_____. Entendue le 21 décembre 2011 devant la Cour de céans, la recourante a notamment déclaré ce qui suit: "Il ne s'agit pas d'un oubli, si je n'ai pas immédiatement déclaré l'accident du 20 septembre 2008. En effet, comme j'avais souffert auparavant d'une thrombophlébite, je m'étais mis dans la tête qu'il s'agissait de nouveau de la même affection. Cependant, à la Clinique des Grangettes ce diagnostic a été écarté. Le lendemain, j'ai consulté le Dr L_____ qui s'est demandé si les douleurs au genou n'étaient pas une suite de l'accident survenu en 2000. Il a fait une radiographie, sur laquelle aucune lésion n'était visible. Après une incapacité de travail et la prescription de béquilles, j'ai constaté que je n'allais toujours pas mieux. C'est alors qu'une IRM a été effectuée qui a démontré une lésion du ménisque. Tous ces éléments ont fait que je n'ai pas tout de suite pensé à déclarer un accident. Par ailleurs, j'ai déclaré à mon employeur par téléphone la survenance de l'accident du 20 septembre 2008. Une remplaçante m'a répondu et a mal transcrit mes déclarations. C'est notamment elle qui m'a suggéré qu'il pourrait s'agir d'une suite de l'accident du 25 septembre 2000. Lorsque j'ai souffert de la thrombophlébite, j'avais une douleur au mollet qui s'étendait. Concernant le déroulement de l'accident de septembre 2008, je confirme avoir mis le pied dans un trou en me promenant et être tombée. Je m'étais immédiatement relevée. En tombant, j'ai senti une douleur aiguë au genou. Toutefois, j'ai encore pu marcher jusqu'à la voiture et rentrer à la maison avec mon véhicule. Entre les deux accidents, j'ai eu occasionnellement des douleurs au genou droit. Celles-ci n'ont cependant pas nécessité la consultation d'un médecin. Sur question de l'intimée, j'admets que je n'aurais pas dû signer la déclaration d'accident rédigée par l'employeur, car elle était fautive. Je n'ai jamais dit que c'était une suite de l'accident de 2000, mais c'est l'employeur qui l'a mis. J'ai été opérée en clinique privée. L'intimée aurait couvert ces coûts. Cependant, je n'ai pas d'assurance privée pour le cas de maladie, de sorte que la clinique me réclame maintenant environ 30'000 fr. pour mon opération. Le Dr M_____ ne m'a par ailleurs jamais indiqué qu'il ne s'agissait pas d'un accident et que j'étais pas couverte en privé de ce fait." "Sur question de l'intimée, je précise que j'ai parlé au Dr M_____ de l'accident de septembre 2008. Je ne comprends pas pourquoi ce médecin ne l'a jamais mentionné dans un premier temps. C'est le Dr L_____ qui m'a envoyé chez le Dr M_____. J'ai parlé de mon accident au bord de la Seyma à ma fille le lendemain de cet événement. J'avais une douleur très vive au genou au réveil qui m'empêchait de conduire. C'est la raison pour laquelle j'ai prié ma fille de m'amener à la Clinique des Grangettes." Quant à l'intimée, elle a relevé que l'opération du 4 février 2010 ne lui avait été annoncée que le 11 suivant, de sorte qu'elle n'avait jamais donné une garantie de prise en charge à la Clinique de la Colline. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1 er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art.

56 ss LPGA). En l'espèce est litigieuse la question de savoir si les atteintes au genou droit de la recourante sont dans un rapport de causalité avec des accidents survenus le 25 septembre 2000 et/ou le 20 septembre 2008. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406;). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). d) 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865). a) Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). b) L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b). c) C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). d) Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré. En l'espèce, le Dr P_____ a exposé de façon convaincante, dans son rapport du 22 mars 2011, qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'accident de septembre 2000 n'a pas pu provoquer les atteintes au genou droit constatées lors de l'arthroscopie

effectuée en décembre 2008. En effet, selon ce médecin, la formation d'une déchirure du ménisque avec déchirure radiaire et fragment sous forme de languette luxée en 2000 aurait mené depuis longtemps, soit en principe immédiatement après l'évènement, à des troubles graves qui auraient rendu nécessaires des examens approfondis et des mesures thérapeutiques. Or, il n'est pas contesté que cela n'était pas le cas. De surcroît, le Dr M_____ n'a pas contredit cette appréciation. En effet, dans le courrier qu'il a adressé le 30 mai 2011 à la recourante, il a considéré que les atteintes litigieuses étaient la conséquence d'un accident du 20 septembre 2008. Il a ajouté qu'il s'agissait d'un évènement d'une certaine importance, dès lors qu'il avait provoqué une incapacité de travail du 22 septembre au 28 octobre 2008. Il s'est étonné que le P_____ n'en ait pas fait mention dans son rapport. Cela n'est cependant guère surprenant, dès lors que non seulement la recourante a omis de déclarer cet accident à l'intimée, mais ses médecins ne l'ont pas non plus mentionné avant que la recourante saisisse la Chambre de céans. Il sied donc d'examiner si la recourante a effectivement subi un accident en date du 20 septembre 2008 et, dans l'affirmative, si celui-ci est la cause des atteintes litigieuses. a) Selon l'art. 4 LPGA, on entend par accident 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. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). Le critère du facteur extérieur extraordinaire 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 du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 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 (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un évènement particulier (ATF 130 V 117 consid. 2.2 et les arrêts cités). L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un évènement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie,

accomplissement d'un geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé, changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATFA non publié du 23 novembre 2004, U 315/03). b) En l'occurrence, la recourante a indiqué dans la déclaration d'accident du 13 février 2009, avoir ressenti une douleur dans le genou droit, en marchant le long de la Seymaz, et qu'il s'agissait de la suite de l'accident du 25 septembre 2000. Le Dr L_____ a également mentionné dans son rapport du 3 juin 2009 et son courrier du 7 mars 2011 à la Cour de céans qu'il s'agissait d'une suite de ce dernier évènement. Le Dr M_____ s'est aussi uniquement référé à cet accident, dans ses rapports du 3 août 2009, du 11 février et du 23 août 2010 à l'intimée, ainsi que son courrier du 8 mars 2011. Comme relevé ci-dessus, il a mentionné un nouveau traumatisme survenu le 20 septembre 2008 pour la première fois dans un courrier du 30 mai 2011 à la recourante, en précisant que ce traumatisme avait été suffisamment important pour motiver une incapacité de travail de plus d'un mois. Cela traduit déjà un doute quant au fait que cet évènement était apte à provoquer les lésions en cause. Quant au Dr L_____, ce n'est que sur question de la Cour de céans qu'il a déclaré le 30 août 2011 que la recourante avait consulté le 21 septembre 2008 la Clinique des Grangettes "pour les suites d'un accident survenu en marchant" et qu'elle avait fait une chute en mettant le pied dans un trou. Au vu de ces éléments, il ne peut être admis que la recourante ait subi un accident au sens de la loi en date du 20 septembre 2008. En effet, elle a déclaré en premier lieu avoir ressenti une douleur dans le genou en marchant, de sorte qu'un facteur extérieur extraordinaire fait défaut. Cela explique aussi qu'elle ait pu penser qu'il s'agissait d'une thrombophlébite et ait omis de déclarer un accident, et que ses médecins n'aient pas mentionné un nouvel accident, survenu le 20 septembre 2008, dans leurs rapports. Ce n'est qu'après la décision sur opposition négative du 26 octobre 2010 de l'intimée que la recourante a fait tout d'un coup état d'une chute en septembre 2008. Certes, les lésions mises en évidence lors de l'arthroscopie ont les caractéristiques d'un traumatisme accidentel. Cependant, cela est insuffisant pour admettre l'existence d'un accident en septembre 2008, d'autant moins que, selon le Dr P_____, des altérations de nature dégénérative des tissus du ménisque peuvent aussi entraîner des fissures radiaires, telles que la recourante les a présentées. Il est à cet égard à rappeler qu'il existe aussi des fractures de fatigue qui ne sont pas provoquées par un accident. Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, un accident en date du 20 septembre 2008 ne peut être retenu. Se pose encore la question de savoir si la recourante peut bénéficier des prestations de l'assureur-accidents en considérant qu'il s'agit d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202). a) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA, édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe

être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 , 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). c) En cas de lésions corporelles assimilées à un accident, toutes les conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure. L'existence d'une cause extérieure - soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance - revêt une portée particulière en ce sens qu'à défaut, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, il faudra conclure que les troubles constatés sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance-maladie (ATF 129 V 468 consid. 4, 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b). En l'occurrence, il y a lieu de considérer qu'aucun facteur extérieur n'a déclenché les atteintes, dès lors que, comme constaté ci-dessus, la recourante a déclaré en premier lieu avoir ressenti une douleur dans le genou en marchant, et que cette version doit être retenue, au vu des circonstances, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Aucune lésion assimilée au sens de la loi ouvrant le droit aux prestations ne peut donc être admise. Par conséquent, l'intimée était fondée à refuser ses prestations pour la pose de la prothèse du genou droit. Le recours sera donc rejeté. La procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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. La greffière Diane ZIERI La présidente Maya CRAMER 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.