

GE_GERICHTE A/698/2014 vom 18. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_698_2014

FR: GE_GERICHTE A/698/2014 du 18 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/698/2014 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI recourante contre AXA ASSURANCES S.A., sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1985, travaillait en qualité de vendeuse auprès de B_____ AG (ci-après : l'employeur) à Genève depuis juillet 2011. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Axa Assurances S.A. (ci-après : l'assureur ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 23 mars 2013, alors qu'elle se trouvait sur son lieu de travail, l'assurée a glissé et s'est frappé le genou droit contre un poteau métallique.! [endif]>! [if> 3. Le 27 mars 2013, l'assurée a consulté le docteur C_____, médecin praticien et médecin traitant. Une incapacité de travail a été attestée dès cette date.! [endif]>! [if> 4. Le 2 avril 2013, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur, qui a pris en charge les suites du cas.! [endif]>! [if> 5. À la demande du Dr C_____, une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) du genou droit de l'assurée a été effectuée le 4 avril 2013, concluant à une lame de liquide intra-articulaire, une chondropathie rotulienne "grade II", une déchirure "grade III" de la corne postérieure du ménisque interne, pas de lésion méniscale externe, des ligaments croisés et collatéraux conservés et des surfaces articulaires des condyles fémoraux réguliers (rapport du 4 avril 2013 du docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie).! [endif]>! [if> 6. Par rapport du 18 mai 2013 à l'assureur, le Dr C_____ a constaté un trauma et une impotence au genou droit. Les constatations radiologiques étaient une atteinte du ménisque interne de grade III et le diagnostic provisoire était une gonalgie post-traumatique, causée par la chute survenue au travail. L'assurée n'avait pas souffert d'atteintes similaires auparavant. Le traitement prodigué était du repos, de l'immobilisation, des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Il avait adressé l'assurée auprès du docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique à l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après : les HUG).! [endif]>! [if> 7. Selon un questionnaire rempli le 29 mai 2013, l'assurée a expliqué que le jour de l'accident, vers 13h00, en plaçant une grande bache publicitaire dans un endroit restreint sur son lieu de travail, un objet (un aimant pour tenir la bache) lui était tombé dessus et avec l'effet de surprise elle avait glissé et son genou droit avait fortement tapé un poteau métallique de soutien de la baie vitrée. Sur le moment, elle avait ressenti une douleur forte suite au choc, puis la douleur s'était atténuée, jusqu'à trois jours après où la douleur était redevenue violente. Elle avait continué à travailler et avait consulté le Dr C_____. Elle n'avait jamais été victime auparavant d'un accident avec lésion du genou droit, ni souffert de troubles maladifs au genou droit.! [endif]>! [if> 8. Le 17 juin 2013, à la question de savoir si la lésion était due à l'accident, le médecin-conseil de l'assureur a répondu : "probable par défaut..."! [endif]>! [if> 9. Par courrier du 25 juin 2013 à

l'employeur, l'assureur a versé les indemnités journalières à compter du 27 mars 2013. !endif]>![if> 10. Le 7 août 2013, l'assurée a consulté le Dr E_____. Par rapport du 17 septembre 2013, ce médecin a indiqué revoir l'assurée qui présentait une chondropathie rotulienne associée à une déchirure de la corne postérieure de son ménisque interne au niveau de son genou droit. Il l'avait évaluée en avril 2013. L'assurée, depuis un mois, présentait une recrudescence de la symptomatologie. Les douleurs étaient toujours localisées au versant antéro-interne du genou et étaient décrites comme permanentes. L'impression du médecin restait que la symptomatologie était principalement attribuée à son chondropathie rotulienne et que sa déchirure méniscale restait asymptomatique. Par conséquent, il l'avait encouragée à reprendre de la physiothérapie et des anti-inflammatoires. !endif]>![if> 11. Le 16 septembre 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès de l'hôpital de La Tour, a indiqué à l'assureur qu'un statu quo sine ne pouvait pas être posé et il a transmis son rapport de consultation du 10 septembre 2013. L'assurée avait été victime d'une chute d'une échelle avec impact direct antéro-interne du genou droit contre un poteau et torsion du genou droit. L'IRM du 4 avril 2013 avait confirmé une chondropathie rotulienne et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. L'assurée avait été vue par l'équipe d'orthopédie des HUG, qui n'avait pas posé d'indication chirurgicale et avait référé l'assurée pour un traitement physiothérapeutique. L'évolution avait été peu favorable, avec la persistance de douleurs dans le compartiment interne et des douleurs sous-rotuliennes internes associées à quelques pseudo-blocages. Après l'examen clinique, le médecin a noté qu'au vu de l'évolution défavorable, il proposait qu'une nouvelle IRM soit effectuée afin de déterminer si la lésion méniscale avait progressé. En fonction des résultats, la patiente serait référée pour un second avis chirurgical ou pour éventuellement procéder à une infiltration du mur méniscal. !endif]>![if> 12. Le 17 septembre 2013, une IRM du genou droit de l'assurée a été effectuée. Par rapport du même jour, la docteure G_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à l'absence de déchirure méniscale, à une anomalie de signal irrégulière de la corne postérieure du ménisque interne en faveur d'une lésion de grade II, à une chondropathie de la facette interne de la rotule sans œdème sous-chondral et à une anomalie de signal à l'insertion du muscle gastrocnémien sur le fémur, pouvant signer une minime déchirure. !endif]>![if> 13. Par pli du 26 septembre 2013 au Dr C_____, le Dr F_____ a expliqué que la seconde IRM montrait la persistance d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Il avait convenu avec l'assurée d'une infiltration du mur méniscal, avec un arrêt de travail pendant dix jours (rapport de consultation du 20 septembre 2013).!endif]>![if> 14. Le 27 septembre 2013, une infiltration du mur méniscal de genou droit de l'assurée a été effectuée. !endif]>![if> 15. Par rapport du 18 novembre 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'assureur, a noté que l'assurée avait déclaré avoir fait un faux-mouvement en marchant et s'être tapé le genou au poteau métallique de la structure d'une baie vitrée. Elle avait présenté des douleurs. Le médecin a indiqué que sa visualisation personnelle de l'IRM du 4 avril 2013 parlait pour une lésion grade II selon Tossi de la corne postérieure du ménisque interne, pas un grade III. Il n'y avait clairement pas de lésion au niveau de la surface méniscale, qu'elle soit inférieure ou postérieure au niveau de la corne postérieure du ménisque interne. Le service d'orthopédie des HUG avait proposé un traitement conservateur. Après la reprise du travail, il y avait eu une rechute et le Dr F_____ avait proposé éventuellement une nouvelle IRM ou une infiltration du mur méniscal. Sur la base de ces éléments, et surtout de l'interprétation de

l'IRM, il était clair qu'il s'agissait d'une méniscope de la corne postérieure du ménisque interne. La méniscope était une lésion dégénérative progressive. S'agissant de la causalité naturelle, cette lésion de type méniscope n'était que possible avec l'événement précité. Il retenait par conséquent une entorse simple avec statu quo sine environ trois mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie, si elle perdurait, était en rapport de causalité avec la méniscope et non plus avec les suites de l'événement.![endif]>![if> 16. Le 26 novembre 2013, une ménisectomie interne droite partielle du genou droit de l'assurée a été effectuée par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon le protocole d'arthroscopie établi par ce médecin, le diagnostic pré-opératoire était une déchirure du ménisque interne. À titre d'observations arthroscopiques, le médecin a noté au ménisque interne, une déchirure inférieure de la corne postérieure (non transfixiante) mais verticale. Le médecin a effectué une excision partielle de la corne postérieure du ménisque interne et a relevé que la déchirure n'était pas transfixiante, mais qu'elle avait été excisée, "car très symptomatique et longue durée"![endif]>![if> 17. Par décision du 28 novembre 2013, l'assureur a relevé que l'assurée avait glissé et son genou droit avait fortement tapé un poteau métallique. Elle avait souffert d'une lésion méniscale interne du genou droit. De l'avis du Dr H_____ du 18 novembre 2013, il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles depuis le 1^{er} juillet 2013. Par conséquent, l'assureur mettait fin au versement des prestations à compter de cette date. ![endif]>![if> 18. Le 6 décembre 2013, l'assurée s'est opposée à la décision. Elle a rappelé avoir chuté d'un escabeau et son genou droit avait fortement tapé un poteau de soutien métallique. Après avoir fait l'IRM, qui avait confirmé une déchirure méniscale interne de grade III, le Dr E_____ avait pensé sur le moment qu'une opération ne serait pas forcément utile et avait préféré voir l'évolution naturelle de cette déchirure. Après six semaines d'arrêt de travail, elle avait tenté une reprise. Les douleurs étaient toujours très présentes. Dès le 24 juillet 2013, elle avait à nouveau été mise à l'arrêt, avec un traitement d'antidouleurs et des anti-inflammatoires. Début août 2013, elle avait revu le Dr E_____, qui lui avait conseillé du repos et des séances d'hydrothérapie. Ne voyant pas les choses évoluer, son médecin traitant l'avait dirigée vers le Dr F_____. La deuxième IRM avait confirmé que la déchirure méniscale était toujours présente. L'infiltration proposée par le Dr F_____ n'ayant pas fonctionné, ce médecin l'avait adressée au Dr I_____ qui, après examen complet du dossier et confirmation de la déchirure méniscale, avait accepté de l'opérer et de lui retirer le morceau du ménisque déchiré. Cela faisait dix jours que l'intervention avait eu lieu et même si elle était toujours en convalescence, elle sentait déjà une différence flagrante. L'assurée a ajouté n'avoir jamais eu de problème de genou avant l'accident, elle ne faisait aucun sport de façon intensive et était en très bonne santé. Par ailleurs, elle ne souffrait pas de surpoids et était jeune (28 ans). Elle ne comprenait pas le diagnostic de méniscope retenu par le Dr H_____, médecin qu'elle n'avait jamais rencontré. ![endif]>![if> 19. Le 6 décembre 2013, l'employeur a également fait opposition à la décision. ![endif]>![if> 20. Par pli du 10 décembre 2013 à l'assureur, le Dr C_____ a contesté la décision, rappelant notamment que l'assurée avait subi un accident le 23 mars 2013 avec impact sur le genou droit et mécanisme en torsion de ce dernier. L'IRM du 4 avril 2013 avait confirmé la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Depuis, différents chirurgiens orthopédistes avaient invalidé ce diagnostic comme explication des douleurs et de l'impotence du genou, en évoquant une chondropathie rotulienne préexistante. Malgré les séances de physiothérapie et les efforts de l'assurée (tentative de reprise à 50%), il n'y avait pas eu d'amélioration.

L'infiltration du mur méniscal proposée par le Dr F _____ n'avait pas suffi à améliorer les douleurs de l'assurée, qui avait dû finalement être opérée par le Dr I _____. Cette intervention avait consisté en une méniscectomie interne droite partielle sur déchirure du ménisque interne confirmant le diagnostic préalable. Par conséquent, le lien de causalité entre le mécanisme lésionnel et le diagnostic final devait être confirmé. 21. À la demande de l'assureur, par avis du 14 janvier 2014, le docteur J _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil de l'assureur, a diagnostiqué une méniscope de nature dégénérative du ménisque interne (au vu des résultats de l'IRM du 4 avril 2013, il était possible d'observer une situation identique mais moins prononcée au niveau de la corne postérieure latérale du ménisque) et un status après contusion du genou droit. S'agissant des faits, il renvoyait à l'avis du Dr H _____ du 18 novembre 2013, dont la prise de position était tout à fait pertinente. Après avoir vérifié les résultats de l'IRM du 4 avril 2013, le Dr J _____ aboutissait aux mêmes conclusions, lesquelles étaient d'ailleurs renforcées par l'IRM du 17 septembre 2013. Ce dernier confirmait qu'il n'y avait pas eu de déchirure du ménisque, par contre une anomalie de signal intramural au niveau de la corne postérieure du ménisque, ce qui correspondait à une modification du tissu méniscal de nature dégénérative de grade II ou en d'autres termes à une méniscope de nature dégénérative. Il était absolument clair qu'un tel état n'était pas provoqué par un traumatisme. L'assurée avait subi une méniscectomie partielle au niveau de la corne postérieure interne le 26 novembre 2013. Le rapport opératoire ne décrivait pas clairement la situation. Cependant, il indiquait que le chirurgien avait constaté une déchirure méniscale verticale incomplète au niveau de la surface inférieure du ménisque. De telles situations apparaissent au fil du temps en présence d'atteintes dégénératives du ménisque. Étant donné que lors de l'IRM du 17 septembre 2013, seule une méniscope intramurale avait été constatée, il était tout à fait possible que la petite déchirure verticale de la face inférieure du ménisque décrite dans le rapport opératoire, ait pu se former entre cet examen et l'opération. Aux questions posées, le médecin a répondu que s'agissant de la lésion au ménisque, il était très improbable d'être en présence d'une atteinte due à un traumatisme. Il y avait tout au plus un lien de causalité possible entre la lésion et l'événement invoqué. Il était possible que la contusion du genou droit du 23 mars 2013 ait provoqué des troubles pendant quelques jours, voire quelques semaines au maximum, et il convenait de fixer le statu quo au bout de cette période-là. À son avis, le statu quo sine avait été atteint bien avant la date de l'intervention chirurgicale du 26 novembre 2013. On pouvait difficilement mettre les troubles du genou dont se plaignait l'assurée sur le compte des constatations au niveau du ménisque interne. À ce propos, il renvoyait à la prise de position du Dr E _____ du 17 septembre 2013. La chondropathie patellaire était également nettement dégénérative et ne pouvait pas être mise en relation avec l'événement du 23 mars 2013. L'avis du Dr C _____ du 10 décembre 2013 était peu convaincant et ne relevait pas de la problématique actuelle relative à une méniscope nettement dégénérative. 22. Par décision sur opposition du 4 février 2014, l'assureur a confirmé sa position. Il ressortait des pièces du dossier que l'assurée, alors qu'elle essayait de placer une grande bâche publicitaire, avait glissé et son genou droit avait alors fortement tapé un poteau métallique. Les avis des Drs H _____ et J _____ étaient concordants et avaient pleine valeur probante. Pour ces médecins, l'événement n'avait pas joué de rôle significatif dans l'évolution des troubles au niveau du genou droit au-delà de quelques semaines, voire quelques mois. Pour eux, il était clair que les lésions constatées au niveau du genou droit ne pouvaient être mises en relation de causalité avec l'événement. Ils évoquaient tout au plus une simple possibilité, ce qui n'était pas suffisant. Le seul fait que

des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance de l'accident ne suffisait pas à établir une relation de causalité avec celui-ci (raisonnement post hoc ergo propter hoc). Enfin, l'avis du Dr C_____ du 10 décembre 2013 n'emportait pas la conviction. [endif]>![if> 23. Par acte interjeté le 6 mars 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des parties et des Drs F_____ et I_____, et à la mise en œuvre d'une expertise, et principalement, à l'annulation de la décision et à la poursuite du versement des prestations légales dès le 1^{er} juillet 2013. La recourante a fait notamment valoir que le rapport du Dr H_____ n'avait pas de valeur probante dès lors que ce médecin n'indiquait pas quels documents avaient été mis à sa disposition pour apprécier son cas. Les conclusions du Dr J_____ étaient par ailleurs en contradiction avec celles des Drs D_____, E_____, F_____, I_____ et C_____, qui avaient retenu une déchirure du ménisque du genou droit de la recourante en lien de causalité avec l'accident. C'était donc à tort que l'intimée avait fixé le statu quo sine au 30 juin 2013.![endif]>![if> 24. Par réponse du 5 mai 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'intimée a relevé notamment que les circonstances de l'événement du 23 mars 2013 n'étaient pas claires, puisque dans sa déclaration du 29 mai 2013, la recourante avait exposé avoir glissé, alors que dans son courrier du 6 décembre 2013, elle avait indiqué avoir chuté d'un escabeau et que le Dr F_____ faisait état d'une chute d'une échelle (rapport du 10 septembre 2013). Par ailleurs, il convenait de relever que le Dr E_____ avait estimé que les douleurs étaient principalement dues à la chondropathie, que le Dr C_____ n'est ni chirurgien, ni orthopédiste, que le Dr J_____ est spécialiste en chirurgie et qu'il a confirmé les conclusions du Dr H_____. Selon le Dr J_____, qui s'était prononcé en fonction de toutes les pièces du dossier, il n'y avait pas eu de déchirure du ménisque, mais la recourante présentait une méniscope de nature dégénérative, qui n'était pas provoquée par un traumatisme, que la déchirure méniscale verticale incomplète constatée lors de l'arthroscopie apparaissait, selon ce médecin, au fil du temps en présence d'atteintes dégénératives du ménisque et qu'il était possible que cette déchirure se soit formée entre l'IRM et l'opération. L'intimée a relevé que les opinions des Drs H_____ et J_____ étaient parfaitement concordantes et il y avait lieu de leur accorder pleine force probante. L'avis du 10 décembre 2013 du Dr C_____, médecin traitant, n'était pas convaincant car le seul fait que les symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance de l'accident ne suffit pas à établir une relation de causalité avec celui-ci. Par ailleurs, l'intimée a indiqué que l'on ne se trouvait pas dans le cas d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), car il ne faisait pas de doute que la lésion constatée était préexistante à l'événement du 23 mars 2013, de sorte qu'il n'était pas prouvé qu'une lésion de cette liste ait été provoquée par l'accident. La forte suspicion d'une atteinte exclusivement dégénérative était renforcée par le fait que la recourante avait attendu trois jours avant de consulter son généraliste. En outre, le Tribunal fédéral avait relevé le caractère exclusivement dégénératif des lésions méniscales, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et des microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure (arrêts du Tribunal fédéral 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1; U.198/00 du 30 août 2001 consid 2b et U.63/96 du 28 novembre 1996). En l'occurrence, la lésion subie entrainait dans le cadre d'un état dégénératif de son genou droit et il n'était pas prouvé avec le degré de la vraisemblance prépondérante que la déchirure ait été provoquée par l'événement du 23 mars 2013. Par conséquent, le statu quo

sine devait être fixé au 30 juin 2013.![endif]>![if> 25. Par réplique du 27 mai 2014, la recourante a expliqué que le déroulement de l'accident avait été parfaitement décrit dans sa déclaration du 29 mai 2013. La recourante a précisé à cet égard qu'elle se trouvait sur le deuxième ou troisième échelon d'un escabeau, soit à environ 50 cm du sol, dos à l'escabeau, en train d'installer une bâche publicitaire dans une vitrine, lorsqu'un aimant lui est tombé dessus. Cela lui avait fait perdre l'équilibre et elle avait glissé de l'escabeau à terre. En glissant, son genou droit était venu frapper contre un poteau métallique qui sert de structure de soutien de la vitrine. Selon la recourante, on ne pouvait se fonder sur les rapports des Drs H_____ et J_____, puisqu'ils entraient en contradiction avec l'appréciation de plusieurs médecins spécialistes. En outre, le Dr K_____ ne se prononçait pas sur l'avis du Dr F_____ selon lequel une déchirure était visible sur l'IRM du 17 septembre 2013. Par ailleurs, au regard de l'art. 9 al. 2 OLAA, il était manifeste que la déchirure du ménisque pouvait être attribuée à une cause extérieure concrète, soit le fait de s'être cogné le genou en perdant l'équilibre sur un escabeau. Par conséquent, la déchirure méniscale ne pouvait pas être qualifiée de manifestation imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et tombait ainsi sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA. ![endif]>![if> 26. Par duplique du 7 juillet 2014, l'intimée a maintenu que la description des circonstances de l'accident était imprécise. Si le Dr F_____ avait constaté la persistance d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et si le Dr I_____ avait également relevé une déchirure du ménisque interne, cela étant le Dr E_____ avait clairement expliqué que la symptomatologie de la patiente était principalement attribuée à sa chondropathie rotulienne et que la déchirure restait asymptomatique. En outre, le Dr K_____ avait indiqué que la déchirure constatée lors de l'arthroscopie apparaissait en présence d'atteintes dégénératives du ménisque et qu'il était possible que cette déchirure se soit formée entre l'IRM du 17 septembre 2013 et l'opération du 26 novembre 2013. Ce médecin, comparant les deux IRM, avait posé le diagnostic de ménisquose de nature dégénérative. Il y avait ainsi convergence entre les médecins-conseils et le Dr E_____, de sorte qu'il était inutile de mettre en œuvre une expertise. Selon les médecins conseils, sur le plan de la causalité naturelle, la mise en évidence de cette lésion de type ménisquose n'était que possible avec l'événement précité. Ils considéraient que selon toute probabilité, la lésion constatée n'avait pas été causée par l'événement du 23 mars 2013. Il ne faisait pas de doute que la lésion subie par la recourante entraînait dans le cadre d'un état dégénératif de son genou droit.![endif]>![if> 27. À la demande de la chambre de céans, par pli du 10 juillet 2014, le Dr F_____ a expliqué avoir vu pour la première fois la recourante le 10 septembre 2013. Elle lui avait signalé une chute d'une échelle le 23 mars 2013 avec une torsion du genou droit et un impact direct antéro-interne du genou droit contre un poteau. L'IRM du 4 avril 2013 avait montré une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne de grade III ainsi qu'une chondropathie rotulienne. Elle avait été vue une première fois par le Dr E_____ qui n'avait pas posé d'indication chirurgicale, estimant que les douleurs étaient plutôt attribuées à la chondropathie rotulienne qu'à sa déchirure méniscale. Un traitement de physiothérapie ciblée pour sa chondropathie rotulienne n'avait malheureusement pas permis d'améliorer la symptomatologie, avec la persistance de douleurs dans le compartiment interne droit. Vu cette évolution défavorable, la recourante lui avait été adressée par son médecin traitant. Le Dr F_____ a expliqué que la clinique lui avait semblé méniscale et il avait demandé une nouvelle IRM à la recherche d'une progression de la lésion méniscale. Cette IRM du 17 septembre 2013 avait conclu à l'«absence de déchirure méniscale, anomalie de signal irrégulière de la corne postérieure du ménisque

interne en faveur d'une lésion de grade II. Chondropathie de la facette interne de la rotule sans œdème sous-chondral. Anomalie de signal à l'insertion du muscle gastrocnémien sur le fémur, pouvant signer une minime déchirure. » À sa consultation, la recourante avait toujours localisé ses douleurs dans le compartiment fémoro-tibial interne, sur le ménisque interne. Elle se plaignait de douleurs à la charge dans le compartiment interne, et non en péri-rotulien, ainsi que de pseudo-blocages. La clinique était donc évocatrice d'une déchirure méniscale, de sorte qu'il avait organisé une infiltration du mur méniscal qui n'avait pas apporté le bénéfice escompté. Devant l'échec du traitement conservateur, il avait référé la recourante au Dr I_____, pour un avis chirurgical. Ce dernier avait confirmé la déchirure méniscale et avait procédé à une arthroscopie du genou droit le 26 novembre 2013. Selon le Dr F_____, les lésions présentées par la patiente et les douleurs qui en découlaient – déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne – étaient consécutives à la chute. La recourante n'avait jamais présenté de douleur avant cet accident, elle n'avait d'ailleurs jamais consulté auparavant. La chondropathie rotulienne était plutôt une découverte fortuite, pouvant parfois être symptomatique avec des douleurs péri-rotuliennes. La recourante ne s'était jamais plainte d'une telle symptomatologie. Le compte-rendu IRM du 17 septembre 2013 de la Dresse L_____ prêtait à confusion : il y avait une contradiction entre l' « absence de déchirure méniscale » et la « présence d'une anomalie de signal irrégulière de la corne postérieure du ménisque interne en faveur d'une lésion de grade II ». Selon le Dr F_____, cette « anomalie de signal » n'était que l'évolution d'une déchirure méniscale, peut-être cicatricielle, de la première déchirure consécutive à l'accident. En conclusion, la recourante souffrait des suites d'une déchirure du ménisque interne droit consécutive à son accident du 23 mars 2013. La première IRM confirmait le diagnostic. La seconde montrait un ménisque cicatriciel avec la persistance d'une déchirure méniscale confirmée par l'arthroscopie du 26 novembre 2013. Enfin, le diagnostic de méniscome du ménisque interne n'était évoqué que par les médecins-conseils de l'intimée, et n'était jamais cité dans les rapports IRM. 28.

Également à la demande de la chambre de céans, par pli du 18 juillet 2014, le Dr I_____ a expliqué avoir vu la recourante pour la première le 1^{er} novembre 2013, plus de sept mois après un traumatisme du genou droit à la suite d'une chute d'un escabeau ayant provoqué un choc et une torsion du genou droit. L'IRM effectuée en avril 2013 avait conclu à une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. L'orthopédiste consulté aux HUG lui avait dit d'attendre une éventuelle évolution favorable, ce qui était toujours possible dans ce genre de situation. Puis, en raison de la persistance de la symptomatologie, elle avait consulté le Dr F_____ qui avait demandé une nouvelle IRM. La radiologue avait décrit en septembre 2013, une anomalie irrégulière de grade II de ce même ménisque interne, de sorte que la patiente lui avait été adressée pour discuter un éventuel traitement chirurgical. Le Dr I_____ a indiqué que l'examen clinique avait confirmé une symptomatologie compatible avec une lésion du ménisque interne dans un genou par ailleurs calme et stable. Initialement, dans les six à douze premières semaines, il aurait également proposé un traitement conservateur, le temps permettant parfois une disparition de la symptomatologie et une reprise des activités sans douleur. Compte tenu de la durée de la symptomatologie et malgré une imagerie pas très inquiétante, il avait proposé une ménissectomie interne partielle arthroscopique, effectuée le 26 novembre 2013. À six semaines de l'opération, la recourante se plaignait de douleurs essentiellement péri-rotuliennes, mais les douleurs présentes avant l'intervention avaient très nettement diminué. Il lui avait proposé d'attendre et de continuer l'exercice physique progressif mais

régulier. Il avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 19 janvier 2014 et ne l'avait plus revue depuis lors, de sorte que soit l'évolution avait été progressivement favorable, soit elle avait consulté un autre médecin. > Le Dr I_____ a ajouté que l'intervention avait mis en évidence une déchirure verticale non transfixiante de la surface inférieure de la corne postérieure du ménisque interne qu'il avait décidé d'enlever compte tenu de la symptomatologie. Même si la déchirure n'était pas complète, il arrivait que les patients restent avec des douleurs méniscales. Cette patiente, par ailleurs encore jeune pour ce genre de pathologie, ne présentait pas de signe dégénératif notable. En conclusion, malgré une imagerie partielle et une symptomatologie pas à 100% typique, l'aspect per-opératoire de la lésion méniscale et ses expériences cliniques antérieures lui permettaient d'affirmer que cette lésion était d'origine traumatique avec une très forte probabilité. Prétendre qu'il s'agissait d'une méniscale d'origine dégénérative chez une patiente de 29 ans lui semblait tout à fait déraisonnable. 29. Par écriture du 10 octobre 2014, la recourante a fait valoir que les deux rapports précités étaient parfaitement concordants tant sur le plan du diagnostic, à savoir une déchirure du ménisque, que sur le lien de causalité naturelle. Ces rapports, établis par des spécialistes, devaient se voir reconnaître une pleine force probante. Partant, une expertise était superflue. Enfin, la recourante avait recouvré sa capacité de travail le 17 mars 2014, date à laquelle son employeur avait mis un terme au contrat de travail, comme cela résultait des pièces qu'elle versait à la procédure. > 30. Par écriture du 10 octobre 2014, l'intimée a expliqué avoir soumis les deux rapports précités au Dr H_____, lequel maintenait ses conclusions du 18 novembre 2013 et se ralliait également à l'avis du Dr J_____ du 14 janvier 2014. Dans son rapport du 2 octobre 2014, versé à la procédure, le Dr H_____ a d'abord rappelé la problématique de la classification IRM des lésions selon Tossi sur l'anomalie de signal du ménisque, classée de 1 à 4. Les stades 1 à 2 sont décrits classiquement comme des atteintes de dégénérescence mucoïde et les stades 3 et 4 sont classés comme des déchirures. Lorsqu'on hésite entre une classification 2 à 3, il s'agissait clairement d'un ménisque dégénératif, dont il est parfois très difficile de dire s'il existe ou pas une atteinte de la surface du ménisque, c'est-à-dire une déchirure macroscopique. Cette dernière peut parfois, après échec d'un traitement conservateur, justifier une sanction chirurgicale arthroscopique. À ce moment-là, le geste arthroscopique confirmera la suspicion du diagnostic et permettra le geste thérapeutique. Le Dr H_____ rappelait que les lésions méniscales dégénératives sont fréquentes, qu'il existe une grande confusion dans la description à la classification des lésions, ces lésions étant souvent présentes lors de lésions dégénératives globales du genou, c'est-à-dire une arthrose avérée du genou. Si la fréquence des lésions méniscales dégénératives augmentait avec l'âge, elle n'y était pas directement liée. En conclusion, les lésions méniscales dégénératives constituent un ensemble différent des lésions traumatiques et le jeune âge n'est pas un élément suffisant permettant d'exclure une origine dégénérative d'une lésion méniscale. > En l'occurrence, il s'agissait exactement du cas de figure où l'on hésite clairement entre un stade 2 et un stade 3, puisque deux IRM successives étaient contradictoires, ce qui était assez typique de cette pathologie des ménisques dégénératifs, qui pouvaient avoir une lésion en surface et pas seulement à l'intérieur du corps méniscal. Souvent, seule l'arthroscopie permet plus finement de poser ce diagnostic et d'être en même temps thérapeutique, comme le disait le Dr I_____, en raison d'une persistance d'une symptomatologie après traitement conservateur. Pour ces raisons, il maintenait son avis du 18 novembre 2013 et se ralliait à celui du Dr J_____ du 14 janvier 2014. 31. Par écriture du 15 octobre 2014, l'intimée a fait notamment remarquer que la recourante avait produit de

nouvelles pièces sans rapport avec les déterminations sollicitées par la chambre de céans, que les Drs H_____ et J_____ étaient des spécialistes en chirurgie du genou et que la force probante des rapports rendus par ces médecins, mis en œuvre par l'intimée en sa qualité d'organe administratif, prévalait indéniablement sur les avis exprimés par les Drs I_____ et F_____, médecins traitants de la recourante.![endif]>![if> 32. Par pli du 21 octobre 2014, la recourante a relevé que l'intimée avait également produit une nouvelle pièce, soit un rapport du Dr H_____. Celui-ci ne se déterminait pas spécifiquement sur les avis des Drs I_____ et F_____, mais se contentait d'exposer, d'un point de vue purement théorique, les différentes atteintes qui peuvent survenir au niveau du genou. Par ailleurs, les rapports des médecins-conseils de l'intimée n'avaient pas plus de poids que l'opinion des médecins consultés par la recourante. En particulier, comme relevé par le Dr F_____, le diagnostic de méniscope du ménisque interne évoqué par les médecins-conseils, n'était jamais évoqué dans les rapports IRM. ![endif]>![if> 33. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimée, la chambre de céans a gardé la cause à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que le présent recours est dirigé contre une décision prise en application de la LAA. ![endif]>![if> Interjeté dans la forme prévue par la loi, le recours du 6 mars 2014 contre la décision sur opposition du 4 février 2014 est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA). 2. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes au genou droit de la recourante doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 30 juin 2013. ![endif]>![if> La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). L'événement assuré étant survenu le 23 mars 2013, la LPGA s'applique au cas d'espèce. 3. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). ![endif]>![if> b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés

par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 4

a) Aux termes de 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. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a; ATF 116 V 145 consid. 2b). 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 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -,

fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid.4; ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question 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 d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont 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, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). c) Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c). 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 consid. 2 et les références citées). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). d) Enfin, ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver

application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 5. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b).>[endif]>[if> Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. À 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 351 consid. 3a). 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). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 6. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf.

ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).![[endif]]>![if > 7. a) En l'occurrence, l'intimée est d'avis, en se fondant sur les avis des Drs H_____ et J_____, que l'accident du 23 mars 2013 a entraîné une entorse simple du genou droit de la recourante et que le retour au statu quo sine a été atteint au 30 juin 2013.![[endif]]>![if > Dans son rapport du 18 novembre 2013, le Dr H_____ a indiqué que la recourante avait fait un faux-mouvement en marchant, s'était tapé le genou à un poteau métallique et avait présenté des douleurs. Selon lui, l'IRM du 4 avril 2013 attestait d'une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, ce qui correspondait à une méniscope de la corne postérieure du ménisque interne, soit une lésion dégénérative, dont le lien de causalité n'était que possible avec l'événement. Il retenait par conséquent une entorse simple avec statu quo sine environ à trois mois de l'accident. Par rapport du 2 octobre 2014, le Dr H_____ a maintenu son avis. Dans son rapport du 14 janvier 2014, le Dr J_____ a également retenu une méniscope de nature dégénérative du ménisque interne et un status après contusion du genou droit. S'agissant des faits, il renvoyait à l'avis du Dr H_____ du 18 novembre 2013. Selon le Dr J_____, la deuxième IRM confirmait les conclusions du Dr H_____ et il était absolument clair qu'un tel état n'était pas provoqué par un traumatisme. Lors de l'opération, le chirurgien avait constaté une déchirure méniscale verticale incomplète au niveau de la surface inférieure du ménisque et selon le Dr J_____, de telles situations apparaissent au fil du temps en présence d'atteintes dégénératives. Selon ce médecin, la déchirure méniscale constatée lors de l'opération avait pu se former entre la date de l'IRM du 17 septembre 2013 et l'opération. b) La chambre de céans est d'avis que les rapports établis par les Drs H_____ et J_____ ne sauraient se voir accorder valeur probante dès lors que ces médecins ont pris en compte un déroulement erroné de l'accident – soit un faux-mouvement en marchant - et que de surcroît, ils n'ont pas pris en considération les plaintes de la recourante. Qui plus est, leurs conclusions, selon lesquelles la recourante présente une contusion du genou droit à la suite de l'événement du 23 mars 2013, sont contredites par l'ensemble des pièces au dossier. Force est en effet de constater que l'IRM effectuée le 4 avril 2013, soit moins de deux semaines après l'accident du 23 mars 2013, a révélé une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne (rapport du Dr D_____, spécialiste FMH en radiologie). Par ailleurs, tous les spécialistes que la recourante a consultés ont confirmé le diagnostic de déchirure du ménisque, que ce soit le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique (rapport du 17 septembre 2013), le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation (rapports des 10 et 20 septembre 2013 et 10 juillet 2014) et le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapports des 26 novembre 2013 et 18 juillet 2014). Par ailleurs, le Dr F_____ a relevé que lors de l'événement du 23 mars 2013, le genou droit de la recourante avait subi un impact direct antéro-interne contre un poteau et une torsion; que la recourante se plaignait de douleurs dans le compartiment interne (rapport du 10 septembre 2013), de douleurs sur le ménisque interne et que l'examen clinique était évocateur d'une déchirure méniscale (rapport du 10 juillet 2014). Le Dr I_____ a également relevé que l'événement du 23 mars 2013 avait provoqué un choc et une torsion du genou droit de la recourante et que l'examen clinique avait confirmé une symptomatologie compatible avec une lésion du ménisque interne (rapport du 18 juillet 2014). L'IRM effectuée le 17 septembre 2013, soit près de six mois après l'accident, n'a certes plus constaté de déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, mais une anomalie de signal irrégulière de la corne

postérieure du ménisque interne en faveur d'une lésion de grade II (rapport de la Dresse G _____). À cet égard, les Dr H _____ et J _____ sont d'avis que les deux imageries effectuées attesteraient de l'existence d'une méniscose, soit une atteinte dégénérative. Or, force est de constater que ni le Dr D _____, ni la Dresse G _____, tous deux spécialistes FMH en radiologie, n'ont conclu à l'existence d'une méniscose. Par ailleurs, le Dr F _____ a, de manière convaincante, expliqué que l'anomalie de signal irrégulière de la corne postérieure du ménisque interne en faveur d'une lésion de grade II relevée sur la seconde imagerie, correspondait à l'évolution, peut-être cicatricielle, de la déchirure méniscale constatée sur la première imagerie (rapport du 10 juillet 2014). Quoiqu'il en soit, force est de relever que l'arthroscopie du 26 novembre 2013 a permis de confirmer l'existence de cette déchirure inférieure de la corne postérieure du ménisque interne (Dr I _____, rapports des 26 novembre 2013 et 18 juillet 2014). Or, l'existence de cette déchirure lors de cette intervention chirurgicale n'est ni contestée par le Dr J _____ (rapport du 14 janvier 2014), ni par le Dr H _____ (rapport du 2 octobre 2014), lequel a d'ailleurs précisé que souvent seule l'arthroscopie permet plus finement de poser un diagnostic. Il s'ensuit que non seulement les résultats des examens radiologiques, mais également les plaintes de la recourante, les examens cliniques effectués par les spécialistes et l'arthroscopie du 26 novembre 2013 ont permis de confirmer le diagnostic de déchirure du ménisque interne du genou droit de la recourante. Dès lors qu'elle répond au diagnostic de déchirure du ménisque, cette atteinte est susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA, pour autant qu'une cause extérieure ait au moins déclenché les symptômes. c) En l'occurrence, l'intimée a retenu dans sa décision litigieuse, en se fondant sur les premières déclarations de la recourante indiquées en date du 29 mai 2013, que le 23 mars 2013, en essayant de placer une grande bache publicitaire, la recourante avait glissé et son genou droit avait fortement tapé un poteau métallique. Elle avait ressenti une forte douleur, qui s'était atténuée rapidement, puis les douleurs avaient à nouveau augmenté de façon importante trois jours plus tard. Il n'est ainsi pas contesté par l'intimée, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, qu'une cause extérieure, soudaine et involontaire a déclenché une symptomatologie douloureuse au genou droit de la recourante, un traitement médical et une incapacité de travail (déclaration d'accident du 2 avril 2013; rapport du Dr C _____ du 18 mai 2013; questionnaire rempli par la recourante le 29 mai 2013; rapport du Dr H _____ du 18 novembre 2013). Partant, force est d'admettre que l'événement survenu le 23 mars 2013 a été le facteur extérieur déclenchant la déchirure méniscale au genou droit de la recourante. d) Selon l'intimée, le lien de causalité entre cet événement et la lésion subie par la recourante à son genou droit devrait être nié au vu des conclusions concordantes des Drs H _____ et J _____ (rapports des 18 novembre 2013, 14 janvier et 2 octobre 2014). La chambre de céans relèvera que s'agissant du lien de causalité entre l'accident et la déchirure méniscale, les rapports établis par les Drs H _____ et J _____ ne sont en l'occurrence pas pertinents puisque ces médecins se sont uniquement prononcés sur le lien de causalité entre la lésion de type méniscose et l'accident. Selon le Dr J _____, la déchirure méniscale constatée lors de l'arthroscopie du 26 novembre 2013 surviendrait en présence d'atteintes dégénératives du ménisque (rapport 14 janvier 2014). On rappellera toutefois qu'un simple état dégénératif ou morbide antérieur, pour autant que celui-ci soit établi, ne suffit encore pas à exclure l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, les lésions listées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont couvertes par l'assureur-accidents, même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure

ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. En l'occurrence, ce qui est déterminant, est que la lésion a été provoquée par un événement dommageable soudain, involontaire et extérieur. Que la déchirure du ménisque ait pu se produire parce que le genou droit présenterait une atteinte dégénérative, ne permet pas d'attribuer cette lésion exclusivement à la maladie. Il n'est en effet pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate ou directe de l'atteinte à la santé ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Ainsi, qu'une atteinte dégénérative ait pu jouer un rôle important, voire prépondérant, dans la survenance de la lésion, n'est pas déterminant (voir arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 4.1; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 5.1). e) L'intimée fait également valoir que le Tribunal fédéral, dans ses arrêts 8C_35/2008 du 30 octobre 2008, U.198/00 du 30 août 2001 et U.63/96 du 28 novembre 1996, a noté le caractère exclusivement dégénératif des lésions méniscales, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et des microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure. La chambre de céans relèvera qu'il résulte de la lecture des arrêts précités, que c'est lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, et qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, que la lésion est considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. En l'occurrence, il est établi que la lésion du ménisque interne du genou droit de la recourante est attribuée à l'événement du 23 mars 2013. Elle ne saurait donc être considérée comme l'effet d'une maladie, contrairement à ce que prétend l'intimée. 8. Compte tenu de ce qui précède, il y a donc lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 23 mars 2013 est à l'origine de la déchirure du ménisque diagnostiquée au genou droit de la recourante, de sorte que l'intimée doit prendre en charge les prestations légales relatives à cette atteinte. Par ailleurs, aucun rapport médical ne permet, compte tenu du diagnostic de la déchirure du ménisque interne, de fonder un retour au statu quo sine ou ante au 30 juin 2013, de sorte que le lien de causalité persiste au-delà de cette date et que c'est à tort que l'intimée a mis fin au versement des prestations à cette date. Il incombera à l'intimée d'examiner à partir de quelle date, postérieurement à l'intervention chirurgicale effectuée le 26 novembre 2013 par le Dr I_____, le statu quo sine/ante a été atteint, étant rappelé que dans le cas des lésions assimilées à un accident, l'on ne peut pas se fonder simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées) 9. Le recours sera par conséquent admis, la décision sur opposition attaquée sera annulée (étant entendu que la décision confirmée par cette dernière n'entre évidemment pas en force et reste à jamais inopposable à la recourante), et l'intimée sera invitée à reprendre le versement de ses prestations. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 2'500.- [(art. 61 let. g LPGA ; art. 89H loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10); art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)]. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :