

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2592/2014

ATAS/405/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juin 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CRANVES-SALES, FRANCE

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, Service juridique,
sise avenue Perdtemps 23, NYON

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, travaille depuis le 1^{er} avril 2007 en tant que directrice d'un magasin de prêt-à-porter pour le compte de l'entreprise B_____ SA, société ayant son siège à Genève. À ce titre, elle est assurée auprès de Generali assurances générales SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels. Selon une déclaration de sinistre LAA datée du 26 février 2014, l'assurée avait manqué une marche trois jours plus tôt en entrant dans le jacuzzi d'un hôtel londonien, ce qui lui avait valu une « torsion » du genou gauche. Il était précisé qu'elle avait interrompu son activité professionnelle le lendemain de cet événement.
2. Consultée le 27 février 2014 par l'assurée, la doctoresse C_____, spécialiste en médecine interne, médecin à la Clinique de Carouge, a complété le formulaire du rapport médical initial LAA en posant le diagnostic provisoire d'entorse du genou gauche. Elle a précisé avoir constaté un œdème du genou gauche, une flexion douloureuse de celui-ci, limitée à 100°. Il n'y avait ni hématome ni fracture ; la stabilité latérale et antéro-postérieure était sans problèmes. Il existait en revanche des signes importants d'arthrose. L'incapacité de travail était complète du 24 février au 3 mars 2014. Dans la mesure où une IRM n'avait pas encore été effectuée, il n'était pas possible de se prononcer sur la date de la fin du traitement.
3. Le 12 mars 2014, le docteur D_____, FMH en radiologie, a réalisé une IRM du genou gauche et diagnostiqué une dysplasie trochléenne marquée avec un aspect subluxé de la rotule, compliquée d'une gonarthrose fémoro-patellaire latérale sévère avec des ulcérations cartilagineuses étendues, ainsi qu'un remodelage œdémateux géodique et ostéphytaire marqué. À cela s'ajoutaient une gonarthrose fémoro-tibiale importante du côté interne et modérée du côté externe, un clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque (grade II), ainsi qu'une lésion radiaire de la corne antérieure du ménisque externe.
4. Dans un questionnaire complété le 17 mars 2014, l'assurée a précisé les circonstances de l'accident du 23 février 2014 : c'est en ratant la dernière marche du jacuzzi avec la jambe droite que la gauche s'était retrouvée coincée, provoquant ainsi une torsion du genou. Elle avait ressenti des douleurs immédiatement.
5. Le 26 mars 2014, le docteur E_____, médecin interniste à la Clinique de Carouge, a délivré un nouvel arrêt de travail à l'assurée. En raison de l'accident évoqué, sa capacité de travail était nulle dès le 22 mars 2014, pour une durée probable jusqu'au 16 avril 2014.
6. Le 23 avril 2014, le Dr E_____ a prolongé le précédent arrêt de travail du 17 avril au 9 mai 2014.
7. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 19 avril 2014, la Dresse C_____ a fait état d'une contusion du genou gauche. Évoquant l'évolution du cas, elle a indiqué que la marche était toujours douloureuse et s'effectuait au moyen de

cannes. Elle a ajouté que des circonstances sans rapport avec l'accident, à savoir une gonarthrose tricompartmentale, jouaient un rôle dans l'évolution de l'état de santé de l'assurée, qui suivait des séances de physiothérapie depuis le 27 février 2014. Il n'était pas possible, pour l'heure, d'indiquer la fin de ce traitement, étant précisé que l'assurée était actuellement suivie par un médecin orthopédiste. En l'état, une reprise du travail était prévue pour le 12 mai 2014.

8. Dans un rapport médical daté du 16 mai 2014, le Dr F_____, médecin conseil de l'assureur et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré que l'arrêt de travail, qui avait débuté le 22 mars 2014, n'était pas dû à l'événement du 23 février 2014. Compte tenu d'une gonarthrose préexistante, l'accident avait tout au plus provoqué une aggravation temporaire non déterminante d'une situation dégénérative étendue et importante. Le pronostic concernant l'événement du 23 février 2014 ne dépassait guère trois semaines. Le cas devait être par la suite couvert par la caisse maladie de l'intéressée.
9. Par décision du 23 mai 2014, l'assureur a considéré que l'événement du 23 février 2014 correspondait bien à un accident au sens légal du terme. Toutefois, en se fondant sur le rapport du 16 mai 2014 du Dr F_____, il a fait savoir à l'assurée qu'il ne prenait en charge les frais découlant de cet accident que jusqu'au 16 mars 2014 au soir, date de la survenance du *statu quo sine*. Pour le surplus, l'assureur a retiré tout effet suspensif à une éventuelle opposition. Enfin, il a suggéré à l'assurée d'annoncer le cas à sa caisse maladie pour la prise en charge des frais médicaux.
10. Le 17 juin 2014, l'assurée a contesté la décision du 23 mai 2014 et invité l'assureur à reconsidérer sa position. Avant l'événement du 23 février 2014, elle marchait normalement et exerçait son métier « sans aucun souci ». Son incapacité de travail était due uniquement aux conséquences directes de cet accident. À l'heure actuelle, elle avait repris son activité à 50%. Le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pouvait en attester.
11. Par décision sur opposition du 27 juin 2014, l'assureur a confirmé la décision initiale en se fondant sur les mêmes motifs. Il a ajouté que selon un principe bien établi, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement.
12. Par acte du 2 septembre 2014, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 27 juin 2014, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit que l'assureur devait prendre en charge le traitement de l'assurée depuis le 23 février 2014 jusqu'à son total rétablissement, soit au moins jusqu'au mois de septembre 2014 inclus.

À l'appui de ses conclusions, elle a fait valoir une constatation inexacte des faits par l'assureur. Le médecin conseil avait fondé son analyse seulement sur une partie du rapport d'IRM du Dr D_____ alors que celui-ci faisait précisément état d'une « lésion radiaire de la corne antérieure du ménisque » à savoir une lésion

traumatique. En outre, le Dr F_____ n'avait pris contact ni avec la Dresse C_____, ni avec le Dr G_____.

Du 4 au 21 mars 2014, la recourante, dont le travail imposait une station debout quasi permanente, avait tout de même essayé de reprendre son activité en demeurant assise. Toutefois, sur prescription médicale, elle avait une nouvelle fois interrompu son activité professionnelle. Le 26 mars 2014 en effet, le Dr E_____ lui avait délivré un nouvel arrêt de travail à 100%, valable du 22 mars au 16 avril 2014. Ce dernier, qui comportait la mention : « motif : accident », avait été prolongé le 23 avril 2014 pour le même taux d'incapacité (cf. pièce 10 recourante). Les 12 mai et 25 juin 2014, le Dr G_____ avait considéré que la capacité de travail était de 50% dès le 13 mai 2014, respectivement de 100% dès le 26 juin 2014 (cf. pièce 10 recourante). La recourante a également allégué avoir suivi, sur prescription médicale, une dizaine de séances de kinésithérapie, ajoutant qu'une nouvelle séance était prévue le 4 septembre 2014. Dans la mesure où sa caisse maladie française ne couvrait pas certains frais médicaux en Suisse (cf. pièce 5 recourante), elle avait dû assumer elle-même, pour plus de CHF 2'000.-, les frais engagés pour traiter les suites de son accident du 23 février 2014. De plus, la Dresse C_____ lui avait indiqué, le 4 juillet 2014, que son incapacité de travail à compter du 23 février 2014 et au-delà du 17 mars 2014 était due à un accident. En substance, il ressortait de l'ensemble de ces éléments que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 23 février 2014 et ses suites n'avait pas pris fin le 16 mars 2014 au soir. Partant, la décision attaquée violait la loi en tant qu'elle fixait la fin de la prise en charge à cette date.

13. Par réponse du 24 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Le rapport de son médecin conseil revêtait pleine valeur probante. De surcroît, sitôt le recours interjeté, le Dr F_____ s'était adressé au professeur H_____, spécialiste FMH en radiologie, en lui demandant si la lésion radiaire de la corne antérieure du ménisque externe, évoquée par le Dr D_____, pouvait être de nature post-traumatique, plus précisément, si le lien de causalité entre l'accident et cette lésion était certain ou présentait un degré de vraisemblance supérieur ou inférieur à 50%.

Par courrier du 8 octobre 2014 au Dr F_____, le Prof. H_____ a indiqué qu'il n'y avait aucune relation « entre les lésions dégénératives identifiées sur cet examen de piètre qualité et l'entorse du genou ». Aussi renvoyait-il à son « compte-rendu d'expertise », daté du même jour, joint en annexe.

Il ressort de ce dernier qu'après avoir examiné l'IRM du 12 mars 2014, le Prof. H_____ avait conclu à la présence d'une gonarthrose tricompartmentale prédominant sur le compartiment fémoro-patellaire. Il existait une dégénérescence de grade II du ménisque interne avec extrusion de 50% de ce dernier. Il notait également un œdème de surcharge de la spongieuse adjacente au tableau tibial interne dans sa partie médiane et antérieure, ainsi qu'une dégénérescence de grade II de la corne postérieure du corps méniscal et de la corne antérieure du ménisque

externe, associée à une arthrose sévère de ce compartiment. Il n'y avait pas de déchirure méniscale de grade III. L'ensemble de ces lésions, en particulier celle de la corne antérieure du ménisque externe, étaient d'ordre dégénératif et sans relation avec l'entorse survenue avant la réalisation de cet examen IRM.

Enfin, l'intimée a soutenu que dans la mesure où la recourante indiquait dans son mémoire de recours que ses deux genoux présentaient les mêmes signes d'arthrose, les affirmations de l'intéressée rejoignaient les observations du Dr F_____ et du Prof. H_____ sur le caractère non traumatique de la lésion du genou gauche.

Ainsi, il convenait de retenir que l'accident du 23 février 2014 avait provoqué une aggravation temporaire d'un « important état antérieur », d'une durée de trois semaines. Partant, c'est à juste titre que l'intimée avait mis fin à la prise en charge du cas au 16 mars 2014.

14. Par réplique du 17 novembre 2014, la recourante a soutenu que si la Dresse C_____ avait instauré un traitement de physiothérapie, c'était pour rééduquer le genou suite à l'entorse subie le 23 février 2014, et non pour soigner la gonarthrose qui « ne se soigne pas ». Il était évident que des séances chez un physiothérapeute s'étaient déroulées dans le temps, et même au-delà du recouvrement complet de la capacité de travail le 26 juin 2014. Ainsi, l'ensemble de ces séances devaient rester à la charge de l'intimée.

La recourante a ajouté que le Dr F_____ ne l'avait pas examinée et qu'il était parvenu à la conclusion parfaitement théorique que les conséquences de l'accident avaient pris fin trois semaines après la survenance de celui-ci. Ce faisant, le médecin conseil de l'intimée s'était écarté de l'avis des médecins traitants. De plus, le rapport du Dr F_____ comportait une erreur dans la mesure où il faisait état de plusieurs certificats d'arrêt de travail dont le dernier se terminait au 10 mai 2014 « apparemment avec une reprise totale ». En réalité, elle avait repris son travail à 50% le 12 mai 2014. Ce n'était que le 26 juin 2014 qu'elle avait recouvré une capacité de travail pleine et entière.

Quant au courrier du Prof. H_____ au Dr F_____, il indiquait bien qu'il n'y avait aucune relation entre les lésions dégénératives, identifiées à l'examen de l'IRM du 12 mars 2014, et l'entorse du genou. Cela prouvait au besoin qu'il n'y avait aucun lien entre son incapacité de travail temporaire et la gonarthrose dont elle souffrait toujours du genou gauche.

Enfin, la recourante est revenue sur l'une de ses allégations précédentes en indiquant que c'était par erreur qu'elle avait affirmé qu'elle présentait également des signes d'arthrose au genou droit. Le Dr G_____, qui avait effectué une radiographie du genou droit, pouvait en témoigner.

15. Par duplique du 10 décembre 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions en reprenant en substance les arguments développés dans sa première écriture.

16. Le 15 décembre 2014, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

Suite à la notification de la décision querellée le 3 juillet 2014, le délai de recours a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Suspendu du 15 juillet au 15 août 2014, il est arrivé à échéance le 3 septembre 2014. Posté le 2 septembre 2014, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 mars 2014. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec l'événement assuré du 23 février 2014.

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b/aa) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b/bb) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Il en va de même si les rapports sur lesquels ladite expertise se fonde, permettent de retracer de manière exhaustive l'anamnèse, l'évolution du cas et le status actuel et que ces points – conclusions exceptées – sont incontestés. L'expert doit être en mesure de se faire une représentation globale non lacunaire sur la base des pièces disponibles (RAMA n° U 56 p. 366 consid. 5b ; ATF 127 I 54 consid. 2e et les références). Ainsi, la nécessité d'un examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. Dans ces circonstances, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier peut effectivement se voir reconnaître pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/cc) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. a) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les

preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

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

c) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que le juge cantonal ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assureur de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

12. En l'espèce, l'intimée considère que le *statu quo sine* a été atteint trois semaines après l'accident du 23 février 2014, soit le 16 mars 2014. Selon elle, l'atteinte du

genou gauche constitue une aggravation temporaire non déterminante d'une situation dégénérative prenant la forme d'une gonarthrose importante. Par ailleurs, l'ensemble des lésions révélées par l'IRM du 12 mars 2014, en particulier celle de la corne antérieure du ménisque externe, étaient d'ordre dégénératif et sans relation avec l'entorse. À cet égard, l'intimée se fonde sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr F_____, et celles du Prof. H_____.

Pour sa part, la recourante ne conteste pas la nature dégénérative de sa gonarthrose du genou gauche, mais la date de la survenance du *statu quo sine* dans le contexte de l'aggravation temporaire de son état de santé. Elle fait essentiellement grief au Dr F_____ de ne pas l'avoir examinée et de ne pas avoir contacté les médecins qui s'étaient occupés de son cas depuis la survenance de l'accident. Partant, en tant que le médecin conseil de l'intimée fait état de la survenance du *statu quo sine* trois semaines seulement après l'accident du 23 février 2014, ses conclusions sont purement théoriques et ne sauraient être suivies.

À l'examen, la chambre de céans constate que le rapport du Dr F_____ revêt un caractère extrêmement succinct. L'anamnèse, qui tient en quelques lignes – et qui comporte de surcroît des imprécisions concernant la date de la reprise du travail à plein temps – ne permet pas de se faire une idée précise de la situation de la recourante, notamment de son suivi médical et de ses plaintes. On cherche en effet en vain la référence à d'éventuels rapports médicaux des Drs E_____ et G_____ – autres que les arrêts de travail délivrés par ces médecins – qui auraient été indispensables pour documenter l'évolution du cas, notamment pour la période postérieure au 16 mars 2014. On comprend certes que le Dr F_____ s'est fondé sur le rapport IRM du Dr D_____ pour retenir une gonarthrose préexistante. Toutefois, le rapport du médecin conseil de l'intimée ne comporte aucune discussion sur les deux autres rapports mentionnés dans l'anamnèse, établis respectivement les 27 février et 19 avril 2014 par la Dresse C_____. C'est le lieu de rappeler que le dernier rapport cité confirmait la présence de douleurs à la marche – qui s'effectuait au moyen de cannes – et l'instauration d'un traitement de physiothérapie. Dans ce contexte, la fixation du *statu quo sine* trois semaines après l'événement du 23 février 2014 n'apparaît pas convaincante, car non motivée. En effet, le médecin conseil se contente d'indiquer en une phrase : « Le pronostic concernant l'événement du 23.02.2014 ne dépasse guère trois semaines ». Par ailleurs, au regard des principes jurisprudentiels qui régissent les expertises effectuées uniquement sur la base du dossier médical (cf. consid. 9b/bb supra), le rapport du Dr F_____ est d'autant plus critiquable que ce médecin, à défaut d'examiner personnellement la recourante, s'est également dispensé d'effectuer une analyse complète des éléments médicaux du cas en ne recueillant pas d'informations auprès des Drs E_____ et G_____, alors même que la Dresse C_____ avait précisé dans son rapport du 19 avril 2014 que la recourante était actuellement suivie par un orthopédiste. Au regard de ces éléments, la valeur probante du rapport du Dr F_____ doit être niée.

Dans la mesure où le rapport du Prof. H____ se résume à l'analyse de l'IRM du 12 mars 2014 et que partant, son champ d'examen est encore plus restreint que celui du Dr F____, la chambre de céans ne saurait s'appuyer sur ce rapport, ce à plus forte raison que le Prof. H____ se plaint de la « piètre qualité » de l'IRM qui lui a été soumise et qu'il ne se prononce pas sur la problématique du *statu quo sine*.

S'agissant enfin des rapports établis par la Dresse C____, ils ne remplissent pas non plus les conditions pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Outre leur caractère succinct, ils ne sont pas étayés et ne contiennent aucune conclusion motivée.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 23 février 2014 et les atteintes au genou gauche de la recourante, en particulier sur la date d'un éventuel *statu quo sine*. Force est de constater que l'intimée a établi les faits de manière sommaire et incomplète, sur la base des rapports peu, voire pas motivés des Drs F____ et H____, qui s'avèrent dépourvus de valeur probante. En pareil cas, il n'appartient pas à la chambre de céans de suppléer aux carences de l'instruction de l'intimée. En conséquence, le dossier lui sera renvoyé pour instruction complémentaire sur le lien de causalité entre l'accident du 23 février 2014 et les atteintes du genou gauche de la recourante, en particulier sur la date d'un éventuel *statu quo sine*. Cette instruction sera mise en œuvre par une expertise en médecine orthopédique confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

13. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, en ce sens que la décision du 27 juin 2014 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

Bien qu'elle obtienne gain de cause, la recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens. En effet, lorsqu'un justiciable assure lui-même la défense de ses intérêts, des dépens ne sont accordés qu'exceptionnellement. Il faut pour cela qu'il s'agisse, d'une part, d'une affaire complexe portant sur un objet litigieux élevé et nécessitant beaucoup de temps, dépassant la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui, d'autre part, que le rapport entre le temps consacré et le résultat de la défense des intérêts soit proportionné (VSI 2000/6 p. 337 consid. 5; ATF 110 V 134 consid. 4d; RCC 1984 p. 278; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 10/99 du 11 décembre 2001, consid. 6).

En l'occurrence, ces conditions ne sont pas remplies car l'affaire n'est pas complexe et l'objet litigieux n'est pas élevé. De plus, le temps qu'elle est susceptible d'avoir consacré à la défense de ses intérêts ne dépasse pas la mesure de ce qui peut être considéré comme raisonnable.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 27 juin 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que la recourante n'a pas droit à des dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le