

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3277/2013

ATAS/277/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 mars 2014**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à ANNEMASSE, FRANCE,  
représentée par Uniriscgroup Smart risk & HR solutions

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ

intimée

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther  
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---



**EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recoursante), née en 1976, est employée administrative auprès de X\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Selon la déclaration d'accident adressée à la SUVA le 12 juillet 2011, l'assurée a subi un accident le vendredi 8 juillet 2011, se cognant violemment le genou droit dans le tram. Les premiers soins ont été prodigués par les HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG).
3. Le 8 juillet 2011, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à l'IRM du genou de l'assurée. Il a conclu à une désinsertion de la corne postérieure et de la portion intermédiaire du ménisque externe luxées antérieurement, à un discret épanchement intra-articulaire, à une chondropathie rotulienne et à un kyste du ligament croisé antérieur.
4. Par courrier du 14 juillet 2011, la SUVA a informé les HUG qu'elle garantissait la prise en charge du traitement hospitalier.
5. Le 21 juillet 2011, l'assurée a été hospitalisée dans le Service de chirurgie orthopédique des HUG afin d'y subir une arthroscopie diagnostique et suture du ménisque externe, pratiquée le même jour par le Dr B\_\_\_\_\_. Selon le compte-rendu opératoire du 28 juillet 2011, l'indication diagnostique était celle de désinsertion de la corne postérieure de la partie intermédiaire du ménisque externe du genou droit. Dans l'anamnèse, le médecin a relevé que l'assurée avait présenté un blocage en flexum douloureux en voulant se lever de son siège dans le tram. Elle avait déjà subi 3 à 4 épisodes similaires avec des déblocages spontanés dans la demi-heure qui suivait.
6. Par certificat du 21 juillet 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail nulle dès cette date.
7. Dans son certificat du 16 août 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail était de 50 % du 8 au 31 août 2011.
8. Dans son rapport du 22 août 2011, la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin au Service de premier recours des HUG, a décrit l'accident en faisant état d'un blocage en flexion du genou droit alors que l'assurée se levait dans un tram. Le genou était bloqué en flexion avec la rotule en place. Le diagnostic était celui d'anse de seau du genou droit. S'agissant de la causalité, la Dresse C\_\_\_\_\_ a précisé qu'elle avait établi son rapport sur la base du dossier médical, lequel ne faisait pas état d'un traumatisme, contrairement à la déclaration de sinistre.
9. Dans le questionnaire rempli par l'assurée en date du 19 septembre 2011, cette dernière a précisé que le tram avait brusquement freiné et qu'elle s'était cogné le

genou en se levant. Elle avait immédiatement ressenti des douleurs et consulté un médecin. Le traitement médical n'était pas achevé mais elle était apte à travailler.

10. La Dresse D\_\_\_\_\_, médecin au Service de premier recours des HUG, a établi un rapport à l'attention de la SUVA le 4 novembre 2011. Sous « Indications du patient », elle a fait état d'un blocage en flexion du genou gauche (*sic*) alors que l'assurée se levait de son siège dans le tram. Un flexum irréductible avec épanchement intra-articulaire était constaté et une désinsertion de la corne postérieure de la partie intermédiaire du ménisque externe du genou gauche diagnostiquée. L'incapacité de travail avait été totale pour six semaines dès le 21 juillet 2011.
11. Un collaborateur de l'assurance a eu un entretien avec l'assurée en date du 15 novembre 2011. Celle-ci a déclaré que le 8 juillet 2011, en se levant de son siège dans le tram, ce dernier avait freiné et l'avait déséquilibrée. Son genou droit avait heurté une plaque métallique devant elle et s'était bloqué. Elle n'arrivait plus à le tendre. Des passagers l'avaient aidée à sortir du tram. Elle s'était assise par terre car son genou restait légèrement plié et était très douloureux. Une ambulance l'avait conduite aux HUG. Depuis l'intervention du 21 juillet 2011, l'évolution était bonne. Elle avait repris le travail à 50 % le 8 août 2011 et à plein temps courant septembre. L'assurée ressentait parfois quelques faibles douleurs résiduelles avec un léger gonflement. Elle devait terminer le traitement physiothérapeutique.
12. Dans sa détermination du 28 décembre 2011, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a coché la case « Non » à la question « Causalité » dans le formulaire adressé à cette dernière.
13. Par courrier du 29 décembre 2011, la SUVA a annoncé à l'assurée qu'un lien de causalité certain ou probable ne pouvait être établi entre l'accident du 8 juillet 2011 et les troubles du genou ayant justifié l'intervention chirurgicale du 21 juillet 2011. Partant, elle refusait de verser des prestations.
14. Par courrier du 13 mars 2012, l'assurée a souligné que la détermination du Dr E\_\_\_\_\_ ne constituait pas une base suffisante pour refuser des prestations d'accident, dès lors qu'elle ne satisfaisait pas aux exigences en matière de valeur probante des rapports médicaux. Le refus de prestations n'était dès lors pas fondé.
15. Le 16 avril 2012, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a procédé à une appréciation médicale du cas. Il a repris les pièces du dossier avant de relever que selon l'anamnèse, trois à quatre épisodes de blocage étaient déjà survenus. Cet élément indiquait que l'assurée avait déjà eu des blocages sur luxation d'une déchirure du ménisque externe avant l'événement du 8 juillet 2011. Le mécanisme du traumatisme – si traumatisme il y avait eu – était un choc direct sur un genou partiellement fléchi. Ce type de traumatisme n'était pas apte à entraîner les lésions mises en évidence par la suite. La relation de causalité entre l'événement et les lésions ne pouvait donc pas être retenue comme étant pour le moins probable.

16. Par décision du 20 avril 2012, la SUVA a confirmé son refus d'intervenir. Se référant à l'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_, elle a exclu un lien de causalité probable entre l'accident du 8 juillet 2011 et les troubles du genou droit.
17. L'assurée s'est opposée à dite décision le 21 mai 2012. Elle a relevé qu'il n'était pas contesté qu'elle avait subi un accident. La décision ne satisfaisait pas aux exigences de motivation et ne précisait pas si les prestations étaient refusées de manière absolue ou seulement dès une certaine date. S'agissant de l'instruction médicale, elle était toujours lacunaire. Les blocages antérieurs à l'accident dataient de plus de 10 ans. Ils avaient été causés par une problématique rotulienne différente et n'avaient pas laissé de suites. Il était donc inexact d'affirmer que l'assurée avait subi une luxation du ménisque avant le 8 juillet 2011. Par ailleurs, les circonstances de l'accident étaient compatibles avec une distorsion de l'articulation du genou droit, comme cela ressortait de l'avis de son médecin-conseil, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'assurée a ajouté que la prise en charge de l'accident avait été admise après l'annonce. Si la SUVA entendait revenir sur l'étendue des prestations à octroyer, elle ne pouvait le faire que dans le cadre d'une reconsidération, ce qui n'était possible que si la décision initiale était manifestement erronée. Tel n'était pas le cas en l'espèce.
18. Par courrier du 30 mai 2012, l'assurée a transmis l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ du 15 mai 2012 à la SUVA. Dans ce document, le médecin a analysé les documents à disposition et posé le diagnostic de distorsion et contusion au genou droit, en relevant que le dossier n'avait pas été instruit correctement. En effet, en l'absence de clarifications, il n'était pas possible d'affirmer que l'assurée avait déjà subi une luxation du ménisque. De plus, le freinage du tram et le choc étaient compatibles avec les conséquences subies et une torsion de l'articulation avait pu survenir. Les blocages étant apparus plus de 10 ans avant l'événement de juillet 2011, on pouvait admettre au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité naturelle entre cet événement et la lésion méniscale. En effet, une telle blessure étant généralement assez symptomatique, il semblait difficile d'imaginer que l'assurée ait pu rester plusieurs années sans traitement.
19. Le 26 août 2013, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a procédé à une nouvelle appréciation orthopédique. Il a rappelé le contenu des documents versés au dossier avant de conclure que la problématique ne pouvait être tranchée de manière certaine du point de vue médical. En effet, sur la base des éléments médicaux objectifs à disposition, on pouvait suivre tant le Dr F \_\_\_\_\_ que le Dr G \_\_\_\_\_ et la divergence des conclusions dépendait avant tout des éléments anamnestiques pris en considération, les circonstances de l'événement du 8 juillet 2011 différant selon les versions. Après avoir exposé certains éléments médico-théoriques relatifs aux ménisques, le Dr H \_\_\_\_\_ a souligné que les pathologies méniscales se divisent en trois catégories, soit les malformations congénitales, les lésions méniscales traumatiques et les lésions

méniscales dégénératives. Les lésions dites traumatiques, terme médical sans rapport avec la notion juridique d'accident, correspondaient à des déchirures aiguës d'un ménisque, lesquelles étaient typiquement verticales. On pouvait distinguer deux types de lésions méniscales traumatiques, à savoir les lésions méniscales traumatiques isolées et les lésions méniscales traumatiques concomitantes à une entorse avec atteinte des éléments capsulo-ligamentaires. Les lésions traumatiques isolées pouvaient survenir à la suite d'une distorsion du genou sans atteinte identifiable des structures capsulo-ligamentaires, mais le mécanisme le plus souvent à l'origine d'une telle atteinte était un mouvement de flexion forcée, respectivement une extension après un mouvement de flexion forcée du genou. Les positions répétées en flexion extrême des genoux apparaissaient clairement être un facteur favorisant les lésions méniscales traumatiques isolées. Un mouvement de flexion suivi d'un mouvement d'extension était donc en principe suffisant pour provoquer une lésion méniscale aiguë. Un tel mouvement pouvait également provoquer une luxation d'une lésion méniscale préexistante. Les lésions méniscales survenant dans un contexte d'entorse étaient classiquement la conséquence d'un mouvement de pivot forcé à genou légèrement fléchi. Les déchirures traumatiques méniscales étaient soit radiaires soit longitudinales. La lésion en anse de seau était une déchirure longitudinale avec maintien d'un attachement méniscal antérieurement et postérieurement à cette déchirure. La partie du bord libre méniscal le long de la déchirure pouvait ainsi se luxer dans l'échancrure, provoquant un blocage aigu. Si le traitement standard d'une telle lésion était chirurgical, avec résection de la partie méniscale lésée ou suture de celle-ci, la réduction de la luxation pouvait se faire spontanément ou à travers des manœuvres orthopédiques permettant ainsi une résolution du blocage du genou. La déchirure étant toujours présente, le problème pouvait se répéter, c'est-à-dire que la partie déchirée pouvait à nouveau se luxer. L'anse de seau luxée correspondait à la lésion du blocage aigu douloureux d'un genou.

Chez l'assurée, les éléments objectifs étaient l'examen clinique, l'examen IRM du 8 juillet 2011 et les images photographiques peropératoires du 21 juillet 2011. Sur la base de ces éléments, on pouvait retenir que le 8 juillet 2011, l'assurée avait subi un blocage aigu de son genou droit en conséquence d'une déchirure du ménisque externe et d'une luxation antérieure de la partie méniscale lésée. La lésion méniscale était de type traumatique, verticale, longitudinale en zone d'insertion du ménisque externe dans sa partie corporelle et postérieure. En plus d'une minime altération de signal compatible avec une lésion chondrale rotulienne, sans traduction macroscopique à l'examen arthroscopique, l'examen IRM a mis en évidence une formation kystique polylobulée attenante au ligament croisé antérieur. Ces éléments ne permettaient toutefois pas de déterminer si la déchirure était survenue le 8 juillet 2011 ou à une date antérieure. On ignorait s'il existait encore une attache méniscale postérieure ligamentaire ou non.

Du point de vue subjectif, si l'on se référait aux rapports des Dresses C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, l'assurée avait présenté un flexum irréductible du genou droit douloureux alors qu'elle passait de la station assise à debout dans le tram. Trois ou quatre épisodes similaires avec déblocage spontané étaient signalés. Ces éléments anamnestiques étaient congruents avec la lésion mise en évidence. Le blocage aigu du genou sans autres circonstances particulières en passant d'une position fléchie à une position d'extension était tout à fait compatible avec la lésion diagnostiquée sans que des facteurs supplémentaires ne soient nécessaires. Il ne s'agissait en l'espèce pas d'une flexion extrême, vu la position assise, mais une luxation méniscale restait possible en cas de lésion au moins partiellement préexistante. Les éléments anamnestiques complémentaires, à savoir ces trois ou quatre épisodes de blocage avec résolution spontanée, apparaissaient en l'occurrence tout à fait compatibles avec une lésion méniscale de type anse de seau. Le temps de résolution relativement long du blocage, à savoir d'une demi-heure plutôt que de quelques secondes, était très évocateur d'un corps libre intra-articulaire migrant et donc tout à fait compatible avec le diagnostic mis en évidence chez l'assurée. En l'absence d'autres éléments identifiés lors de l'arthroscopie, il y avait lieu de retenir sur base de cette anamnèse que l'unique facteur capable d'expliquer les épisodes répétés de blocages était la lésion méniscale. Partant, l'anamnèse des Dresses C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ n'était pas incompatible avec le diagnostic ni avec la forte suspicion de lésion méniscale préexistante s'étant décompensée au moins symptomatiquement et peut-être structurellement, à la suite d'un mouvement en extension après une position prolongée en flexion.

Selon les éléments anamnestiques obtenus auprès de l'assurée, les blocages signalés remontaient à plus de dix ans et étaient secondaires à un problème rotulien. En présence d'une symptomatologie très ancienne et apparemment liée à un problème articulaire non méniscal, il était clair qu'il faudrait considérer ces épisodes anciens comme sans rapport avec la lésion méniscale diagnostiquée le 8 juillet 2011. Même à supposer que les blocages signalés fussent d'origine méniscale plutôt que rotulienne, il était invraisemblable, comme le relevait le Dr G \_\_\_\_\_, qu'une telle lésion soit restée dix ans sans traitement. Quant aux circonstances du 8 juillet 2011, l'assurée avait expliqué que son genou avait heurté une plaque de métal. Ces circonstances, qui correspondaient à un traumatisme contusif antérieur du genou droit, n'étaient pas *a priori* pleinement évocatrices d'une lésion méniscale aiguë traumatique isolée. Toutefois, cet épisode non adéquat pour provoquer la lésion méniscale avait pu s'accompagner d'un phénomène distorsif, propre à entraîner une lésion méniscale. Même si cet épisode distorsif concomitant n'avait pas été évoqué par l'assurée mais seulement supposé par le Dr G \_\_\_\_\_, on ne pouvait l'exclure complètement compte tenu des circonstances rapportées. Cependant, en l'absence d'autres lésions concomitantes et en particulier de lésions ligamentaires, on se serait dans ces circonstances attendu à une déchirure méniscale radiaire plutôt qu'à une désinsertion méniscale postérieure. Sur la base des éléments anamnestiques fournis secondairement, on pouvait ainsi admettre que la lésion

---

méniscale externe présentée par l'assurée était la conséquence aiguë et unique d'un traumatisme contusif et distorsif du genou droit survenu le 8 juillet 2011 dans le tramway. Le Dr H\_\_\_\_\_ a ensuite relaté les difficultés que rencontre un médecin lors de l'établissement de l'anamnèse, avant de conclure que dans le cas de l'assurée, les deux versions étaient compatibles avec le diagnostic posé et qu'il n'existait pas d'éléments médicaux objectifs probants pour privilégier une version plutôt que l'autre. Du point de vue objectif, la présence du kyste attendant au ligament croisé antérieur (au demeurant parfaitement visible sur l'IRM mais non décrit par l'opérateur) n'était certainement pas typique d'une déchirure méniscale chronique. Partant, les éléments médicaux objectifs à disposition ne permettaient pas de savoir si la lésion méniscale traumatique externe diagnostiquée au genou droit chez l'assurée était préexistante ou non à l'accident du 8 juillet 2011.

20. Par décision du 12 septembre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a rappelé la définition légale de l'accident et les précisions apportées par la jurisprudence au sujet de cette notion. Elle a allégué que l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ avait valeur probante. Selon cette analyse, l'anamnèse retenue par les médecins de premier recours était compatible avec le diagnostic et avec la forte suspicion de lésion méniscale préexistante décompensée à la suite d'un mouvement en extension après une position prolongée en flexion. Dans ce cas de figure, la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée, car l'existence même d'un accident ou d'un événement assimilé à un accident faisait défaut. La décision querellée devrait également être confirmée s'il fallait se fonder sur les déclarations de l'assurée. En effet, le Dr H\_\_\_\_\_ avait confirmé qu'un choc contre une plaque de métal n'était pas *a priori* évocateur d'une lésion méniscale aiguë traumatique. En cas de torsion de l'articulation, telle qu'évoquée par le Dr G\_\_\_\_\_, la survenance d'une déchirure méniscale radiaire aurait été plus probable qu'une désinsertion méniscale postérieure. Or, les éléments au dossier ne permettaient pas d'admettre selon le critère de la vraisemblance prépondérante l'élément distorsif et l'assurée n'en avait jamais fait état bien qu'elle ait été interpellée deux fois sur le déroulement de l'accident.
21. Par écriture du 14 octobre 2013, l'assurée interjette recours contre cette décision. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations légales au-delà du 20 juillet 2011. Elle relève que l'intimée ne conteste pas le droit aux prestations légales jusqu'à cette date. Or, une fois le lien de causalité adéquate reconnu, la suppression des prestations n'est admise que si l'assurance amène la preuve que les troubles de la santé en question ne sont plus en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, c'est-à-dire que le *statu quo ante* ou le *statu quo sine* est atteint. A l'instar des principes régissant les lésions assimilées à des accidents, on ne saurait admettre que le *statu quo sine* est atteint tant que le caractère exclusivement maladif de l'atteinte n'est pas clairement établi. L'assureur doit en amener la preuve selon le principe de la vraisemblance prépondérante. La recourante allègue que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, qui fonde

la décision initiale de l'intimée, ne peut se voir reconnaître valeur probante conformément à la jurisprudence. Elle affirme que l'intimée avait l'obligation de confier un mandat d'expertise à un médecin externe, compte tenu de l'appréciation du Dr G \_\_\_\_\_ et des doutes sur la fiabilité des constatations médicales de son service interne. Le Dr H \_\_\_\_\_ a conclu à l'impossibilité de se prononcer sur la préexistence éventuelle de la lésion méniscale. Partant, l'intimée échoue à démontrer que le *statu quo sine vel ante* est atteint. Sa négation du lien de causalité naturelle apparaît de plus téméraire au vu des indications du Dr H \_\_\_\_\_.

22. Dans sa réponse du 31 octobre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle affirme que selon le Dr H \_\_\_\_\_, il aurait été nécessaire pour retenir une cause traumatique à la lésion opérée le 21 juillet 2013 que le genou de la recourante ait subi une torsion au moment de l'évènement considéré, ce que celle-ci n'a jamais prétendu. L'intimée affirme que les constatations du Dr H \_\_\_\_\_ sont convaincantes et que l'existence d'une lésion traumatique le 8 juillet 2011 ne peut être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, l'intimée ne peut pas non plus tenir pour établi l'existence d'un lien de causalité naturel et adéquat en l'espèce.
23. Dans ses déterminations du 26 novembre 2013, la recourante maintient ses conclusions et souligne que l'intimée n'expose pas pour quels motifs elle ne met pas sur pied une expertise externe. Elle produit un avis rédigé le 20 novembre 2013 par le Dr G \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci insiste sur la nécessité d'une expertise et s'étonne que la recourante n'ait pas été interrogée sur le mécanisme de l'accident, au vu des conclusions du Dr H \_\_\_\_\_ sur le caractère décisif des versions de l'anamnèse.
24. Dans son écriture du 18 décembre 2013, l'intimée persiste dans ses conclusions. Les constatations du Dr H \_\_\_\_\_ sont convaincantes et l'intimée se fonde sur les faits tels qu'ils se sont déroulés. La recourante a été victime d'un choc frontal sans torsion du genou. Cette question n'est pas du ressort d'un expert et le dossier est suffisamment documenté.
25. Après avoir transmis cette écriture à la recourante, la Cour de céans a informé les parties par courrier du 19 décembre 2013 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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations après le 20 juillet 2011, plus particulièrement sur le point de savoir si les lésions ayant conduit à l'intervention chirurgicale sont en lien de causalité avec l'événement du 8 juillet 2011.
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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

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 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 se présente 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en assurances

sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF non publié 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.1)

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (ATF non publié 8C\_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.3).

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 (ATF non publié 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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 ; ATF non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

8. En l'espèce, l'intimée ne semble à juste titre plus nier la survenance d'un accident.

Le fait de se cogner le genou lors du freinage brusque d'un tram correspond en effet à la définition de l'accident, dès lors qu'un facteur extraordinaire ne peut être nié dans un tel cas. L'intimée ne peut se prévaloir du fait que les Dresses C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, médecins de premier recours, n'aient pas évoqué ce choc dans leurs rapports. En effet, il ne s'agit pas là de déclarations directes de la recourante et on ne peut exclure que les médecins aient mal transcrit les explications de cette dernière. La Dresse C \_\_\_\_\_ paraît d'ailleurs admettre avoir établi son rapport uniquement sur la base du dossier médical et pas sur un interrogatoire de la recourante. Quant au rapport du 4 novembre 2011 de la Dresse D \_\_\_\_\_, il n'est pas non plus exempt d'erreur puisqu'elle mentionne un blocage du genou gauche, alors que c'est le genou droit qui a été touché. Selon toute vraisemblance, la recourante n'a pas pu vérifier l'exactitude des explications avancées par ces médecins dans leurs rapports, de sorte qu'on ne peut lui en opposer le contenu. A cet égard, il convient de rappeler qu'un document qui fait état d'un renseignement recueilli par oral ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). Par analogie, des renseignements médicaux qui n'émanent pas

---

directement de l'assuré et dont ce dernier n'a pu contrôler la justesse ne peuvent être traités comme s'il s'agissait de ses propres déclarations.

Partant, rien ne permet de mettre en doute les déclarations constantes de la recourante, aux termes desquelles elle s'est heurté le genou droit contre une plaque métallique dans le tram.

Les documents médicaux versés au dossier appellent les remarques suivantes. Il est patent que l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, qui se résume à une coche dans un formulaire, ne satisfait pas aux exigences en matière de valeur probante des rapports médicaux rappelées ci-dessus. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ ne comprend pas non plus tous les éléments formels requis pour permettre de reconnaître la valeur probante d'expertises médicales. Ce médecin motive de plus ses conclusions du 16 avril 2012 par la survenance de blocages sur luxation d'une déchirure du ménisque, alors que rien ne permet d'affirmer que telle était la nature des blocages subis précédemment. S'agissant en particulier du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 15 mai 2012, s'il avance des arguments sérieux pour remettre en cause l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, il ne contient pas tous les éléments nécessaires à se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'il ne procède pas à une anamnèse complète pour les troubles du genou survenus avant le 8 juillet 2011. Ce spécialiste paraît d'ailleurs admettre dans ses déterminations du 20 novembre 2013 qu'une expertise reste nécessaire. Quant à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_, si ses explications sont claires et détaillées, il ne prend aucune conclusion formelle sur l'existence ou la persistance d'un lien de causalité entre l'accident du 8 juillet 2011 et la lésion ayant justifié l'intervention chirurgicale que l'intimée refuse de prendre en charge. Ce médecin, expose en effet de manière tout à fait convaincante en quoi les thèses des Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ sont toutes deux défendables, à défaut de précisions sur l'anamnèse des blocages antérieurs du genou. L'intimée ne peut en particulier pas être suivie lorsqu'elle affirme que l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ ne pourrait être retenu que si le genou de la recourante avait subi une torsion, ce qui n'est pas le cas. Le Dr H\_\_\_\_\_ n'a en effet pas formellement exclu de mécanisme de torsion. Quant à la nature de la lésion, survenue sous forme de désinsertion méniscale plutôt que d'une déchirure radiaire plus habituelle dans ce genre de circonstances, le Dr H\_\_\_\_\_ n'en tire pas non plus d'argument décisif en défaveur d'un lien de causalité. En effet, il affirme tout à fait clairement que la lésion méniscale pourrait être la conséquence du traumatisme subi le 8 juillet 2011 et que des mesures d'instruction supplémentaires sont nécessaires. Force est ainsi de constater que l'intimée procède à une lecture incomplète de l'appréciation de son médecin-conseil. En effet, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le Dr H\_\_\_\_\_ n'exclut nullement un lien de causalité entre l'accident et les troubles du genou ayant conduit à l'intervention du 21 juillet 2011.

9. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne dispose pas de renseignements médicaux suffisamment probants pour trancher le litige.

Selon la jurisprudence, lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'elle est justifiée par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant pas procédé à une expertise médicale complète malgré les recommandations du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, la cause lui sera renvoyée, à charge pour elle de la mettre en œuvre en collaboration avec la recourante.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA).

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

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions de l'intimée du 20 avril 2012 et du 12 septembre 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour expertise et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'800 fr. à titre de 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

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-  
RUFFINEN

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