

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3344/2006

ATAS/487/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 10 mai 2007

En la cause

Madame L_____, domiciliée GENEVE

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise
place de Milan 2, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPEL et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame L _____ (ci-après : l'assurée), née le 1950, travaille en tant qu'attachée de direction auprès de la société X _____ S.A. à Genève. Elle est assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles par la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : l'assureur).
2. Le 2 février 2005, l'assurée, en voulant s'asseoir, a heurté fortement le pied de la table avec son genou gauche (pièce 2 chargé intimée).
3. Les premiers soins n'ont été prodigués que le 19 avril 2005 par la Dresse A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a diagnostiqué une contusion au genou gauche, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée (pièce 5 chargé intimée).
4. Il résulte du rapport établi le 20 avril 2005 par le Dr. B _____, spécialiste FMH en radiologie, que les radiographie et échographie effectuées ce jour-là ont permis de mettre en évidence une discrète tuméfaction des tissus mous supéro-externes compatible avec le traumatisme connu, sans signe de déchirure au niveau de l'aileron rotulien externe. Les plans osseux et ligamentaires étaient normaux (pièce 1 chargé intimée).
5. Par déclaration datée du 25 avril 2005, l'assureur a été informé par X _____ S.A. de ce que l'assurée avait subi un accident le 2 février 2005 qui avait entraîné une contusion /œdème au genou gauche (pièce 2 chargé intimée).
6. Les conséquences de cet accident ont été prises en charge par l'assureur.
7. Le 19 mai 2005, la Dresse A _____ a attesté que l'assurée présentait encore une tuméfaction antéro-externe du genou gauche avec un hématome, entraînant une gêne à la montée des escaliers. Le médecin a posé le diagnostic de status après contusion du genou gauche, indiqué que l'atteinte était en lien de causalité avec l'accident et que le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires ainsi qu'en séances de physiothérapie. Selon le médecin, la capacité de travail était totale; il traitement n'était pas terminé (pièce 4 chargé intimée).
8. Le 26 mai 2005, la Dresse A _____ a indiqué que le traitement concernant le genou gauche de l'assurée était terminé (pièce 5 chargé intimée).
9. Invitée par l'assureur à se prononcer sur diverses atteintes dont souffrait l'assurée, la Dresse A _____ a indiqué, dans un rapport daté du 24 août 2005, que l'évolution au niveau du genou gauche, bien que lente, était plutôt favorable; il restait une tuméfaction antérieure au niveau du tissu sous-cutané (pièce 7 chargé intimée).

10. Le 22 septembre 2005, l'assurée a consulté en urgence le Dr C_____, médecin auprès du Centre médical à Chêne-Bourg. Elle souffrait de douleurs au genou gauche depuis trois jours suite à des efforts de marche et présentait un épanchement modéré. Dès cette date, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler (pièces 8, 12 et 22 chargé intimée).
11. A la demande du Dr C_____, une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche de l'assurée a été effectuée le 26 septembre 2005. Une lésion ostéo-chondrale concernant la facette interne de la **rotule** a été constatée; il n'y avait pas d'autre anomalie cartilagineuse visualisée, hormis un léger amincissement diffus du compartiment fémoro-tibial interne (cf. rapport établi le lendemain par la Dresse D_____, spécialiste FMH en radiologie : pièce 9 chargé intimée).
12. Du rapport établi en date du 4 octobre 2005 par la Dresse A_____, il ressort que des douleurs à la localisation antérieure et antéro-externe du genou gauche ont persisté; elles étaient présentes à la flexion mais également au repos et préterraient la marche. L'examen clinique a mis en évidence une palpation excessivement sensible de l'aileron interne et de la rotule gauche. La présence d'un épanchement a été constatée. La radiographie était normale et l'IRM a confirmé la présence d'un oedème en zone interne de la rotule ainsi qu'une lésion ostéo-chondrale. Le médecin a proposé un traitement de physiothérapie et, le cas échéant, une révision par arthroscopie (pièce 12 chargé intimée).
13. Le 22 novembre 2005, l'assurée a subi une arthroscopie. L'intervention a consisté à débrider un fragment instable du cartilage du condyle fémoral interne et une micro-fracture de la zone lésée. Était ensuite prévue une rééducation à la marche en charge partielle pendant six semaines (pièce 20 chargé intimée).
14. Dans son rapport du 24 novembre 2005 adressé au Dr E_____, médecin-conseil de l'assureur, la Dresse A_____ a résumé la situation en expliquant que sa patiente avait présenté des suites défavorables suite à un accident par choc direct entraînant une tuméfaction du genou gauche persistante, puis des douleurs antéro-internes, avec persistance d'un épanchement. Un bilan complet n'avait pu mettre en évidence de lésion évoquant une arthrose précoce. Le complément par IRM avait montré une lésion ostéo-chondrale de la rotule. Quant à l'arthroscopie, elle avait mis en évidence une lésion traumatique chondrale du conduit fémoral interne mesurant 1.5 x 1 cm avec deux fragments instables qui avaient été réséqués. Un traitement par micro-fracture avait été effectué. Selon le médecin, au vu du bilan radiologique et du status arthroscopique, la lésion était à mettre en relation avec l'événement traumatique. L'assurée était dans l'incapacité totale de travailler et un dommage permanent était à craindre, soit une arthrose fémoro-tibiale interne précoce, vu la lésion chondrale (pièce 21 chargé intimée).

15. À la demande de l'assureur, la Dresse A _____ a précisé, le 29 décembre 2005, qu'à six semaines de l'arthroscopie, l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé; l'évolution pouvait être favorable dans les six mois qui suivaient l'arthroscopie; l'évolution vers une arthrose interne devait néanmoins être envisagée (pièce 26 chargé intimée).
16. Dès le 2 février 2006, l'assurée a repris son activité professionnelle à 50 % (pièce 32 chargé intimée).
17. Un examen scintigraphique partiel du genou gauche a été effectué. Il n'a pas mis en évidence d'algoneurodystrophie; en revanche, la présence d'une altération hyperactive modérée, punctiforme, du condyle fémoral interne compatible avec le status post-opératoire, a été constatée (cf. rapport du 22 février 2006 du Dr SLOSMAN, spécialiste FMH en médecine nucléaire : pièce 37 bis chargé intimée).
18. Par courrier du 24 février 2006, le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de l'assureur, a informé la Dresse A _____ que selon lui, l'assureur n'avait plus à prendre en charge le cas à compter du 1er mai 2005. Il a relevé que le rapport d'IRM avait décrit une lésion de la facette interne de la rotule et un amincissement diffus du cartilage au compartiment fémoro-tibial interne. Selon lui, une telle description ne correspondait pas à une lésion contusionnelle qui serait, elle, bien localisée. Il a rappelé que la Dresse A _____, dans son rapport opératoire, avait décrit les lésions du cartilage de la rotule très étendues (1/4 de la surface du condyle fémoral interne) et une lésion cartilagineuse du plateau tibial interne. Pour le médecin-conseil, ces lésions cartilagineuses sont très probablement dégénératives - et non post-contusionnelles - étant donné leur étendue. Selon lui, l'accident peut certes avoir traumatisé des lésions cartilagineuses, mais ne les a pas provoquées; or, si l'assureur accident doit intervenir dans les suites d'une contusion lors de lésions dégénératives, sa responsabilité ne s'étend qu'aux premiers mois qui suivent la contusion (pièce 39 chargé intimée).
19. Par décision du 20 mars 2006, l'assureur a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 31 janvier 2006 au motif qu'il n'y avait pas rapport de causalité entre l'accident du 2 février 2005 et les troubles présentés au genou gauche (pièce 42 chargé intimée).
20. Par courrier du 19 avril 2006, l'assurée a formé opposition en faisant valoir que la Dresse A _____ était en possession d'un enregistrement de l'opération du 22 novembre 2005 qui démontrait que son atteinte au genou était due au traumatisme et non à des atteintes d'origine malade (pièce 44 chargé intimée).
21. A compter du 4 mai 2006, l'assurée a été à nouveau dans l'incapacité totale de travailler. Elle a repris le travail à 50% le 9 mai 2005 mais a été remise en arrêt total de travail à partir du 14 mai 2005 (pièces 48 et 50 chargé intimée).

22. Par courrier adressé le 4 mai 2006 au médecin-conseil de l'assureur, la Dresse A_____ a allégué que l'arthroscopie avait montré clairement une lésion localisée du condyle fémoral interne sans aucun signe dégénératif faisant évoquer la présence d'une gonarthrose dans ce contexte; le traitement avait consisté en des micro-fractures de la lésion; la scintigraphie, effectuée en février 2006 pour exclure un syndrome d'algoneurodystrophie, confirmait la présence d'une hypercaptation persistante du condyle fémoral interne. La Dresse A_____ a fait remarquer que l'évolution après un traitement par micro-fractures pouvait être prolongée et qu'en aucun cas un status quo sine ou ante ne pouvait être établi chez l'assurée (pièce 47 chargé intimée).
23. Dans un rapport daté du 9 juin 2006, le Dr F_____ a rappelé que l'accident était survenu le 2 février 2005, que le genou gauche de l'assurée avait alors heurté un pied de table, qu'une contusion au genou s'en était suivie et que les premiers soins avaient été donnés le 19 avril 2005. Le Dr F_____ a estimé que, vu la description et le temps écoulé jusqu'à la première consultation, l'accident devait être qualifié de "bagatelle". Il a fait remarquer que le traitement a d'abord consisté en une médication anti-inflammatoire et en séances de physiothérapie et qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail. Ces faits ont été confirmés par le Dr B_____ dans son rapport du 20 avril 2005, puisqu'il a conclu à une discrète tuméfaction des tissus mous supéro-externes au genou.

Selon le Dr F_____, l'étiologie de cette tuméfaction n'est pas claire et n'est probablement pas en rapport de causalité avec la contusion survenue le 2 février 2005. Elle ne correspond d'ailleurs pas, vu sa localisation supéro-externe, aux lésions internes qui ont été investiguées par IRM et traitées par arthroscopie.

Dès le 22 septembre 2005, l'assurée a été en incapacité de travail totale. L'IRM effectuée le 26 septembre 2005 a mis en évidence une lésion ostéo-chondrale de la facette interne de la rotule, un amincissement du cartilage de la facette interne de la rotule et un amincissement cartilagineux diffus fémoro-tibial interne, lésions qui, selon le Dr F_____, sont des lésions dégénératives et non post-traumatiques. Il a précisé qu'au vu des descriptions faites par la Dresse A_____ dans son rapport d'arthroscopie, les atteintes constatées sont des lésions dégénératives sérieuses et non les séquelles d'une contusion antérieure du genou.

À son avis, l'accident du 2 février 2005 a entraîné une contusion du genou gauche et l'assureur aurait dû limiter sa prise en charge à un mois, voire deux. Les investigations médicales et les traitements qui ont débuté le 19 avril 2005 n'auraient pas dû concerner l'assurance-accident, mais l'assurance-maladie, s'agissant d'une gonarthrose antérieure et interne.

Il a rappelé que l'IRM réalisée en septembre 2005 a constaté un amincissement du cartilage de la facette interne de la rotule et du cartilage du compartiment fémoro-

tibial interne. Enfin, l'ulcération étendue sur le condyle fémorale interne mise en évidence lors de l'arthroscopie du 22 novembre 2005 est une lésion dégénérative d'arthrose et non post-traumatique (pièce 52 chargé intimée).

24. Par décision sur opposition du 22 juin 2006, l'assureur a confirmé sa décision du 20 mars 2006 en se fondant sur l'appréciation du Dr F_____. Il a relevé que la prise en charge du cas jusqu'au 31 janvier 2006 dépassait largement les recommandations de ce dernier et apparaissait par conséquent comme excessivement généreuses.
25. En date du 26 juillet 2006, la Dresse A_____ a expliqué au médecin-conseil de l'intimée que la scintigraphie osseuse effectuée en février 2006 avait confirmé la présence d'une zone hyperactive ponctiforme du condyle fémoral interne, compatible avec le status opératoire. Devant l'évolution du genou, un bilan radiologique avait encore été effectué le 16 mai 2006, confirmant la présence de géodes sous chondrales dans la zone de charge du condyle interne. Selon la Dresse A_____, les radiographies du genou sont dans les suites de l'événement traumatique du 2 février 2005 ayant entraîné une lésion chondrale en zone de charge du condyle fémoral interne (pièce 3 chargé recourante).
26. Par courrier du 5 septembre 2006, l'assureur a transmis à la Dresse A_____ une copie du rapport établi par le Dr F_____ le 9 juin 2006. L'assureur a précisé que la date de fin des prestations, fixée au 31 janvier 2006, était purement administrative dès lors que selon le Dr F_____, le rapport de causalité avec l'accident n'existait déjà plus en avril 2005; par conséquent, le traitement qui avait débuté le 19 avril 2005 ainsi que l'arthroscopie du 22 novembre 2005 n'auraient pas dû être pris en charge (pièce 54 chargé intimée).
27. Par courrier du 11 septembre 2006 adressé à l'assureur, l'assurée a notamment expliqué que depuis le début du mois de juillet, son genou allait beaucoup mieux. Elle a fait valoir que tel n'aurait pas été le cas si elle avait souffert d'une maladie, que son orthopédiste maintenait que l'atteinte à son genou était bien due à un traumatisme et non à des affections d'origine malade et que les examens de contrôle effectués après l'intervention n'avaient pas permis de mettre en évidence une atteinte malade. Enfin, elle a déploré que la décision sur opposition lui soit parvenue après le 22 juin 2006 alors qu'elle signifiait l'arrêt des prestations dès le 1er février 2006 (pièce 55 chargé intimée).
28. Par courrier du 12 septembre 2006, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 juin 2006, en concluant à son annulation et à ce que l'assureur soit condamné à reprendre le versement de ses prestations dès le 1er février 2006. A l'appui de son recours, la recourante a produit copie des rapports établis par son orthopédiste, la Dresse A_____.

29. Par courrier du 15 septembre 2006, la Dresse A_____ a répondu au courrier que lui avait adressé l'intimée le 5 septembre 2006. Elle a indiqué avoir pris note de toutes les remarques faites par le Dr F_____. Elle a regretté que sa patiente et elle-même n'aient pas été informées de l'absence de causalité retenue entre l'accident et l'atteinte, alors que le cas avait été pris en charge depuis la déclaration d'accident. Enfin, elle a maintenu que la lésion décrite au moment de l'arthroscopie n'évoquait ni une lésion dégénérative, ni une lésion traumatique (pièce 56 chargé intimée).
30. Par écriture du 4 octobre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours en se référant au courrier du 24 février 2006 et au rapport du 9 septembre 2006 établis par le Dr F_____.
31. Par courrier du 5 octobre 2006, le Tribunal de céans a transmis à la recourante une copie de la réponse et lui a accordé un délai au 27 octobre 2006 pour consulter le dossier produit par l'intimée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2006 en raison de l'accident assuré du 2 février 2005.
4. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA).

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ss).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve des cas de lésions structurelles claires (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; arrêt V. du 20 février 2006, consid. 1, U 249/05).

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 125 V 461 consid. 5a et les références).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), 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. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, le juge ne s'écarte 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 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, le Dr F_____ a relevé, dans ses rapports des 24 février et 9 juin 2006, qu'à la suite de l'accident du 2 février 2005, la recourante a présenté une contusion au genou gauche, que les premiers soins n'ont été prodigués qu'en date du 19 avril 2005 et que les examens radiologiques et échographiques n'ont alors montré qu'une discrète tuméfaction des tissus supéro-externes.

Le médecin a souligné que ce n'est qu'à compter du 22 septembre 2005 que l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler et que l'IRM a alors montré des lésions de la facette interne de la rotule et un amincissement diffus du cartilage au

compartiment fémoro-tibial interne. Or, selon lui, de telles lésions ne sauraient être contusionnelles, ce qui aurait été le cas si elles avaient été bien localisées.

Le médecin a ajouté que les lésions constatées lors de l'arthroscopie effectuée le 22 novembre 2005, vu leur étendue, sont également des lésions dégénératives sérieuses et non les séquelles d'une contusion antérieure du genou.

Il en a tiré la conclusion que l'accident du 2 février 2005 n'avait pas provoqué ces lésions internes dégénératives, qui correspondaient à une gonarthrose antérieure et intérieure et que les conséquences délétères possibles de la contusion au genou gauche n'auraient pas dû durer plus d'un mois, voire deux.

Le Tribunal de céans est d'avis que les conclusions du Dr F _____ revêtent une pleine valeur probante. Son argumentation, claire, a pris en considération l'ensemble des éléments déterminants utiles à la résolution de la question litigieuse du lien de causalité. Ainsi, il s'est surtout attaché à comparer l'atteinte subie par la recourante à la suite de l'accident du 2 février 2005 et les lésions qui ont été constatées dès septembre 2005. Ce médecin n'a certes pas rencontré la recourante. Il pouvait cependant renoncer à l'examiner, dès lors qu'il disposait d'un dossier médical complet, lui permettant d'établir de manière précise et chronologique les circonstances de l'accident, l'atteinte à la santé ainsi que son évolution, et de présenter des conclusions motivées. Il pouvait d'autant plus y renoncer qu'un tel examen n'aurait pas été déterminant dans la mesure où le litige ne porte pas sur la nature des atteintes diagnostiquées, mais bien plutôt sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'accident du 2 février 2005. Dans de telles circonstances, la jurisprudence n'exige pas qu'un examen personnel de l'assuré soit systématiquement pratiqué (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

A cela s'ajoute que l'appréciation de la Dresse A _____ n'est pas propre à mettre en doute l'avis du Dr F _____, d'autant que ses rapports ne portent pas spécialement sur la question du lien de causalité entre les troubles de la recourante et l'accident assuré, et qu'elle n'a fourni aucune explication convaincante à l'appui de son point de vue. Le Tribunal de céans constate à cet égard que la Dresse A _____ semble même se contredire lorsqu'elle indique dans son dernier courrier adressé à l'intimée le 15 septembre 2006, persister dans le fait que "la lésion décrite au moment de l'arthroscopie n'évoque pas une lésion dégénérative ou bien une lésion traumatique" (pièce 56 chargé intimée), alors que ses rapports antérieurs mentionnent une "lésion traumatique" (cf. rapport du 24 novembre 2005 et rapport du 26 juillet 2006).

Vu ce qui précède, l'intimée était fondée à écarter l'appréciation de la Dresse A _____, pour suivre celle, revêtant pleine force probante, du Dr F _____.

Partant, le lien de causalité entre les atteintes à la santé sur lesquelles la recourante fonde ses prétentions et l'accident du 2 février 2005 doit être nié.

Le recours est par conséquent rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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); 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 :

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste :

Amélia PASTOR

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