

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3363/2016

ATAS/283/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 avril 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à La Roche-sur-Foron, FRANCE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Rolf A.  
TOBLER

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE, Compagnie d'Assurances SA, place de  
Milan, LAUSANNE

intimée

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

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1986, a travaillé à Genève en tant qu'agent auxiliaire chez B\_\_\_\_\_ AG (ci-après : l'employeur) et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après l'assureur).
2. Le 2 juillet 2015, l'assurée s'est tordu le pied droit en descendant d'un camion, sans chuter (déclaration d'accident du 23 juillet 2015).
3. Par rapport du 7 juillet 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'échographie du mollet, du genou et de la cheville, révélait un status stable de la déchirure musculaire stade II de l'extrémité inférieure du gastrocnémien médial. La cheville présentait une entorse du ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) et le genou également une entorse du ligament latéral interne (LLI).
4. L'accident a entraîné une incapacité de travail totale.
5. L'assureur a pris en charge les suites du cas.
6. Par rapport du 31 juillet 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville de l'assurée confirmait la présence d'une entorse du LTFA sans signe de rupture, l'intégrité des autres ligaments et des tendons et l'absence d'épanchement articulaire significatif.
7. Par rapport initial non signé et non daté du Centre médical de Chêne-Bourg, il est noté notamment que l'assurée avait subi un traumatisme avec une torsion en varus de la cheville et valgus du genou. Le traitement consistait notamment en la prescription d'une attelle à la cheville et au genou, du repos et de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale.
8. Par rapport du 6 novembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM du genou révélait une lésion méniscale transverse antéro-externe, une tendinopathie d'insertion de la "patte d'oie" et une entorse du ligament collatéral médial.
9. Par rapport non signé et non daté du Centre médical de Chêne-Bourg, il est fait état d'une aggravation des douleurs du mollet depuis fin septembre 2015, lors d'une tentative de reprise du travail. Une échographie avait été effectuée le 2 octobre 2015, constatant une rupture partielle de la partie haute du gastrocnémien médial avec un petit hématome de deux mm. L'assurée présentait également une majoration des douleurs de la face interne de la cheville, alors que l'entorse du LTFA droit s'améliorait, ainsi que des douleurs au genou droit sans instabilité, malgré la physiothérapie. Après avoir rappelé les constats résultant de l'IRM du 6 novembre 2015, il est indiqué que l'assurée allait consulter le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

10. Par rapport du 24 novembre 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, n'a rien constaté à l'échographie de la cheville et du genou droits.
11. Par rapport du 26 novembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué que le bilan échographique montrait une lésion musculaire dans le mollet qui évoluait favorablement, mais il persistait des douleurs dans le compartiment tibio-fémoral interne, dont l'examen complémentaire avait mis en évidence une lésion méniscale et une lésion du LLI. Pour la cheville, la radiographie et l'échographie parlaient pour une entorse du ligament latéral externe (LLE). Le médecin était frappé par l'intensité de la symptomatologie pour un traumatisme qui datait de plusieurs mois.
12. Par rapport du 3 décembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen échographique effectué par le Dr F\_\_\_\_\_ ne montrait aucune lésion. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait objectivé aucune lésion mécanique consécutive au traitement, il pensait qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel qui méritait un traitement conservateur.
13. Par rapport du 4 janvier 2016, le docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste en France, a indiqué que l'IRM réalisée retrouvait une désinsertion du segment antérieur du ménisque latéral. Il y avait donc une indication à réaliser une arthroscopie, laquelle était prévue le 5 février 2016.
14. Le 13 janvier 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a retenu une déchirure musculaire stade II de l'extrémité inférieure du jumeau interne, une entorse du LTFA, LLI du genou droit et une déchirure méniscale selon l'IRM du 6 novembre 2015. Il a donné son accord pour l'opération prévue le 5 février 2016.
15. Par rapport du 18 janvier 2016, le docteur I\_\_\_\_\_ du Centre d'échographie et de radiologie du Foron en France, a indiqué que l'IRM de la cheville révélait un discret épanchement de la tibio-talienne en région latérale, un aspect irrégulier du faisceau talo-fibulaire antérieur du ligament latéral externe circonscrit par une petite lame liquidienne, une ténosynovite du tibial postérieur et du fléchisseur commun des orteils ainsi qu'une possible lésion partielle du ligament en haie avec géodes aux insertions talienne et calcanéenne orientant vers une petite entorse sous talienne.
16. Le 5 février 2016, l'assurée a subi une arthroscopie du genou droit qui a permis de constater que la lésion méniscale était cicatrisée. L'assurée présentait au niveau du cartilage (condyle tibial), une chondropathie fissuraire stade III sur un cm du plateau tibial latéral (rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 5 février 2016).
17. Par rapport du 26 février 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a effectué une scintigraphie osseuse du corps de l'assurée. Il a relevé l'absence d'une algodystrophie ou d'une inflammation, une hypovascularisation globale des pièces osseuses de la jambe droite secondaire à l'absence chronique de sollicitation mécanique par décharge volontaire du membre inférieur droit. Il n'y avait pas d'anomalie scintigraphique du genou droit.

18. Par rapport du 14 mars 2016, le docteur K\_\_\_\_\_, médecin généraliste en France, a diagnostiqué une ténosynovite tibiale postérieure droite et du fléchisseur commun des orteils, une entorse sous-talienne droite et une chondropathie fissuraire stade III du plateau tibial. Il y avait à craindre un dommage permanent, soit de l'arthrose au genou.
19. Le 7 avril 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué notamment que la chondropathie du plateau tibial était un facteur étranger à l'accident.
20. Par rapport du 8 avril 2016, le docteur L\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste en France, a indiqué notamment que l'assurée présentait une grosse raideur de la cheville, avec parésie très importante des releveurs des orteils. L'IRM montrait une ténosynovite du jambier postérieur et des fléchisseurs des orteils. L'arthroscopie du 5 février 2016 avait constaté une lésion cartilagineuse du plateau tibial externe.
21. Par rapport du 12 mai 2016 au Dr K\_\_\_\_\_, le Dr H\_\_\_\_\_ a expliqué que les plaintes de l'assurée n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. La déchirure méniscale était cicatrisée. La chondropathie du plateau tibial externe était sans rapport de causalité avec l'accident. Elle était sans gravité puisqu'elle n'était même pas évidente à l'IRM du 6 novembre 2015 et qu'elle n'était pas accompagnée d'un œdème sous-chondral, signe de contusion osseuse. La cheville avait présenté une distorsion du ligament péronéoastagalien antérieur, lésion ligamentaire guérie en six semaines. Les autres lésions décrites à l'IRM du 18 janvier 2016, soit six mois après l'accident, n'étaient pas en rapport avec celui-ci puisque non décrites à l'IRM du 31 juillet 2015. En outre, ces lésions étaient sans gravité : petit épanchement des gaines du tibia postérieur et du fléchisseur commun des orteils.

Pour ces raisons, il conseillait à l'assureur de mettre fin au rapport de causalité avec les distorsions, sans aucune gravité, du genou et de la cheville droite.

22. Par décision du 12 mai 2016, l'assureur a mis fin aux prestations au 3 mars 2016, date de la consultation avec le Dr L\_\_\_\_\_, étant donné l'absence d'un rapport de causalité entre l'accident et les troubles encore présents. L'assureur renonçait à demander à l'assurée la restitution des prestations versées à tort du 4 au 31 mars 2016.
23. Le 13 mai 2016, l'assurée a indiqué qu'elle souhaitait rencontrer le Dr H\_\_\_\_\_.
24. Par rapport du 19 mai 2016 adressé au Dr H\_\_\_\_\_, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué notamment que depuis juillet 2015, l'assurée avait présenté sept récurrences d'entorse externe de la cheville droite. Elle portait en permanence soit l'aircast, soit une chevillière à lacets et suivait une rééducation fonctionnelle de manière continue en raison de l'instabilité et des douleurs. Actuellement, elle se plaignait d'une instabilité sévère de la cheville droite mais également de douleurs à la localisation interne du genou droit.

Ce médecin a relevé que l'échographie du 24 novembre 2015 ne permettait pas de déterminer s'il y avait des lésions ligamentaires, celles-ci n'étant pas décrites.

L'échographie du mollet droit montrait une rupture musculaire du jumeau interne avec un petit hématome. L'IRM du 6 novembre 2015 montrait une lésion du ménisque externe en zone antérieure avec une entorse du LLI. La visualisation de cette IRM était peu convaincante avec l'absence de lésion nette objectivable. Celle du 18 janvier 2016 objectivait clairement une lésion complète du ligament péronéoastragalien antérieur, sans autre lésion associée.

Selon le médecin, l'assurée présentait donc un status après entorse de grade II de la cheville droite avec une instabilité persistante et une entorse bénigne du genou droit avec suspicion de lésion du ménisque externe qui n'avait pas été objectivée à l'arthroscopie. Il était décrit une chondropathie du compartiment externe, mais elle n'avait pas pu obtenir les photos ou le rapport opératoire. L'assurée présentait actuellement un déconditionnement musculaire du membre inférieur droit en raison du syndrome douloureux et de l'instabilité de la cheville.

25. Le 31 mai 2016, des radiographies fonctionnelles des chevilles de l'assurée ont été effectuées. Il en résultait notamment la présence d'un certain degré de tiroir antérieur des deux côtés relativement symétrique et un discret bâillement latéral à droite par rapport à la gauche (rapport du 1<sup>er</sup> juin 2016 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie).
26. Le 1<sup>er</sup> juin 2016, l'assurée s'est opposée à la décision. Elle a joint un avis du 31 mai 2016 de la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, selon lequel l'assurée souffrait d'un impingement des tissus mous antéro-externe tibio-talien droit suite à l'accident du 2 juillet 2015 et d'une instabilité latérale externe en varus et tiroir de la cheville droite selon les radiographies fonctionnelles effectuées le 31 mai 2016. Cela expliquait les lâchages, six fois depuis le 2 juillet 2015, malgré une attelle élastique non rigide.
27. Par rapport du 6 juin 2016, la doctoresse P\_\_\_\_\_, a indiqué que l'IRM du genou droit avait révélé une petite fissure horizontale de la corne antérieure du ménisque externe, sans autre anomalie notamment ostéo-chondrale.
28. Par rapport du 27 juin 2016, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à quatre mois de l'arthroscopie, il n'y avait pas d'évolution, avec une douleur persistante au niveau du compartiment latéral. L'assurée gardait donc des douleurs séquellaires de son traumatisme du compartiment latéral.
29. Par rapport du 29 juin 2016, la Dre O\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait d'une instabilité latérale externe de sa cheville droite et d'un impingement des tissus mous articulaires, suite à l'accident du 2 juillet 2015. Elle tenait à préciser que les ligaments de la cheville n'étaient ni testables, ni visualisables de façon fiable avec des IRM ou des échographies. Seul l'examen clinique permettait de conclure à un tiroir et à un bâillement, ce qui était le cas chez l'assurée. Vu le conflit asséurologique, elle avait néanmoins demandé des radiographies fonctionnelles, qui avaient permis de confirmer le tiroir et le bâillement.

En outre, l'assurée présentait des douleurs antéro-externes compatibles avec un impingement antéro-externe des tissus mous (très souvent associé aux entorses). Le médecin avait réalisé une infiltration qui était restée sans effet, entre autres en raison du status dix mois après l'accident. Elle avait donc proposé une arthroscopie antérieure de toilette articulaire des tissus mous et une plastie ligamentaire des deux faisceaux déchirés. L'opération avait été refusée par l'assureur, sans raison justifiée.

30. Par rapport du 10 août 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait une tendinopathie achilléenne et des releveurs du pied droit.
31. Le 17 août 2016, l'assurée a adressé plusieurs pièces à l'assureur.
32. Par avis du 2 septembre 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a notamment relevé qu'il n'y avait aucune raison d'estimer que la chondropathie fissuraire au plateau tibial externe sur un cm (arthroscopie du 5 février 2016) serait en rapport avec le traumatisme puisqu'à l'IRM du 6 novembre 2015, il n'y avait aucun œdème osseux au plateau tibial. Cette lésion cartilagineuse n'était même pas décrite à l'IRM.

Le médecin a rappelé qu'en raison de la chondropathie du plateau tibial externe, de l'insertionite plantaire, de la tendinite du tibia postérieur et de la tendinite des fléchisseurs des orteils, il avait estimé, dans son rapport du 12 mai 2016, que l'état actuel de l'assurée n'était plus, à partir d'avril 2016, c'est-à-dire après neuf mois d'évolution d'une distorsion banale au genou et à la cheville, en rapport de causalité avec l'accident.

Dans son rapport du 19 mai 2016, la Dresse M\_\_\_\_\_ mentionnait pour la première fois sept récurrences d'entorses à la cheville droite, alors que l'assurée portait en permanence une chevillière de contention. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, on ne pouvait retenir le diagnostic d'une instabilité sévère de la cheville, alors que tous les examens réalisés montraient bien qu'il s'agissait d'une distorsion sans gravité. En outre, la Dresse M\_\_\_\_\_ diagnostiquait une laxité à droite, ce qui était physiologique, il ne s'agissait donc pas d'une instabilité. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, les radiographies fonctionnelles du 31 mai 2016 mettaient plus en évidence une laxité bilatérale qu'une insuffisance du ligament latéral externe. Il doutait qu'une arthroscopie et une synovectomie antérieure puissent permettre la guérison attendue depuis plus d'une année, malgré un traitement qui semblait avoir été parfaitement bien conduit. Quant à une plastie du LLE, l'indication n'était pas non plus donnée, puisqu'il n'y avait pas de nette insuffisance du ligament latéral externe mais une laxité aux deux chevilles. Les douleurs n'étaient pas une indication à une plastie ligamentaire.

Vu la bénignité des lésions traumatiques du 2 juillet 2015, du temps écoulé depuis lors, de toutes les consultations des spécialistes et de tous les examens complémentaires réalisés, le Dr H\_\_\_\_\_ confirmait qu'il devait être mis fin au rapport de causalité avec l'accident au 3 mars 2016.

33. Par décision du 23 septembre 2016, l'assureur a rejeté l'opposition en se référant à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2016.

34. Par actes des 5 et 10 octobre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à la reprise du versement des prestations à compter du 4 mars 2016. Selon la recourante, l'intimée avait mis fin aux prestations alors que les examens et les rapports des médecins consultés affirmaient que ses lésions étaient en relation de causalité certaine avec l'accident survenu le 2 juillet 2015.

La recourante a joint notamment :

- un rapport du 9 mai 2016 de la doctoresse Q\_\_\_\_\_ du département d'imagerie médicale au Centre hospitalier Annecy Genevois, indiquant que l'échographie effectuée en raison d'une entorse sur un terrain d'entorses à répétition, révélait, à la cheville droite, une entorse avec une rupture en plein corps du LTFA ;
- un rapport du 23 septembre 2016 du docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant que les plaintes de la recourante relatives à une instabilité externe chronique de la cheville droite, associée à un conflit antérieur, étaient en rapport de causalité avec l'accident du 2 juillet 2015. Il a indiqué que contrairement aux arguments avancés par le Dr H\_\_\_\_\_, l'IRM n'avait ni une bonne sensibilité ni spécificité pour évaluer l'intégrité capsulo-ligamentaire de la cheville. En outre, l'échographie était un examen opérateur dépendant et difficile d'interprétation. Selon le Dr R\_\_\_\_\_, l'examen clinique restait le meilleur outil diagnostique concernant les instabilités ligamentaires externes chroniques de la cheville. Selon ce médecin, l'instabilité ligamentaire externe chronique de la cheville droite était prépondérante à l'accident du 2 juillet 2015. Depuis lors, l'assurée effectuait des entorses à répétition. Il y avait donc un rapport de causalité certain. Il partageait l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_.

35. Le 12 octobre 2016, le Dr R\_\_\_\_\_ a adressé le rapport précité au Dr H\_\_\_\_\_, en lui demandant de bien vouloir réévaluer sa position concernant le lien de causalité entre l'accident et l'instabilité externe chronique de la cheville droite, associée à un conflit antérieur. Il demandait au Dr H\_\_\_\_\_ de convoquer l'assurée.

36. Par réponse du 3 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2016.

37. Par écriture du 13 décembre 2016, la recourante, représentée par son conseil, a complété son recours et a conclu à l'annulation de la décision, principalement, au versement des prestations dès le 3 mars 2016 et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. La recourante a fait valoir que l'intimée avait retenu à tort qu'il n'existait plus de lien de causalité entre l'accident du 2 juillet 2015 et les atteintes situées à la cheville et au genou droits. Depuis l'accident, elle présentait des douleurs à la cheville et au genou, ainsi que des entorses à répétition à la cheville droite. Les avis de la Dresse O\_\_\_\_\_ et du Dr R\_\_\_\_\_ convergeaient sur l'existence d'un rapport de causalité certain avec

l'accident. Par conséquent, la décision litigieuse devait être annulée et les prestations devaient être versées dès le 3 mars 2016.

38. Par réplique du 3 février 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2017 qu'elle versait à la procédure. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, les examens cliniques réalisés par le Dr R\_\_\_\_\_ ne pouvaient pas objectiver avec certitude une instabilité. Contrairement à ce qu'il avançait, l'IRM restait un excellent examen pour apprécier la qualité d'un ligament latéral externe de la cheville. De plus, le Dr R\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas les radiographies des deux chevilles réalisées le 31 mai 2016 et qui montraient, non pas une instabilité de la cheville droite, mais une laxité bilatérale. Cette investigation, négligée par la majorité des médecins, restait pour le Dr H\_\_\_\_\_, le test le plus fiable. Le Dr H\_\_\_\_\_ a ajouté que les prestations avaient été versées durant huit mois, alors que pour une distorsion de la cheville de gravité comparable, l'évolution devrait durer entre trois et six semaines, s'agissant en tout cas de l'incapacité de travail. Il ne comprenait pas comment il était possible de faire état de « multiples entorses à répétition », alors que la recourante n'avait pas repris d'activité professionnelle, et qu'il lui avait été remis une cheville de stabilisation. L'intimée ne pouvait donc pas accepter une indication opératoire pour la cheville, alors que l'instabilité n'avait pas été objectivée. L'arthroscopie du genou n'avait rien démontré de traumatique. Les troubles fonctionnels, retenus par le Dr E\_\_\_\_\_, semblaient particulièrement adéquats étant donné qu'aucune lésion traumatique n'avait été objectivée. Le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne contestait pas les avis des autres médecins, il limitait uniquement dans le temps le rapport de causalité.

L'intimée a requis la production du dossier AI de la recourante.

39. Le 3 mars 2017, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI de la recourante.
40. Il ressort du dossier AI en particulier que :
- par rapport du 20 septembre 2016, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR) a diagnostiqué notamment, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, un status après entorse de la cheville droite avec persistance d'une instabilité latérale externe de la cheville droite et d'un impingement des tissus mous articulaires, des douleurs résiduelles du genou droit dans le cadre d'un status après arthroscopie du genou droit, d'une chondropathie de stade III du plateau tibial externe et d'une déchirure horizontale du ménisque externe de grade II. La capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle depuis le 2 juillet 2015, mais entière dans une activité adaptée depuis le 5 mai 2016 ;
  - le 12 octobre 2016, la recourante a subi une ligamentoplastie de la cheville droite au cours de laquelle la doctoresse T\_\_\_\_\_, chirurgienne orthopédique en

France, a constaté une rupture du faisceau antérieur du LLE (rapport du 12 octobre 2016).

41. Le 5 avril 2017, la recourante a relevé que l'échographie de la cheville droite effectuée en mai 2016 n'avait, à nouveau, pas été prise en considération par l'intimée, alors qu'elle était essentielle puisqu'elle faisait état d'une rupture totale du LFTA, soit les premières blessures mises en évidences sur les IRM.

S'agissant du genou, lors de l'arthroscopie du 5 février 2016, il avait été découvert qu'elle souffrait d'une chondropathie fissuraire stade III au niveau du plateau tibial latéral. La seconde IRM du genou avait démontré que la fissure au niveau du ménisque persistait. Cette fissure était la raison des fréquents lâchages du genou droit. La recourante avait subi une opération le 14 mars 2017 au genou droit en raison de la fissure du ménisque. Elle a joint un compte-rendu opératoire du 14 mars 2017, établi par la Dresse T\_\_\_\_\_, selon lequel il existait une lésion du ménisque externe corne post résection, mais pas de chondropathie fémoro-tibiale interne ni externe. Au testing de la cheville droite, il n'y avait pas d'instabilité, ni de laxité pouvant expliquer les troubles à la marche.

42. Le 1<sup>er</sup> mai 2017, l'intimée a fait valoir notamment qu'il résultait du compte-rendu opératoire précité que la recourante ne présentait aucune anomalie autre qu'une lésion de la corne postérieure du ménisque externe, laquelle était certainement sans rapport avec l'accident assuré vu que l'arthroscopie du 5 février 2016 indiquait que le ménisque latéral était sans particularités. Ce rapport indiquait également qu'il n'y avait pas d'instabilité, ni de laxité à la cheville. Enfin, l'intimée a fait valoir que par décision du 7 avril 2017, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) avait refusé le droit à une rente d'invalidité étant donné que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 5 mai 2016.

43. Par écriture datée du 26 avril 2017, adressée à la chambre de céans le 26 mai 2017, la recourante a fait remarquer que l'intimée éludait la chondropathie fissuraire au stade III au niveau du plateau tibial latéral, et la lésion méniscale traitée par la Dresse T\_\_\_\_\_. Par ailleurs, même si le testing de la cheville droite n'avait montré aucune instabilité et laxité, il ne pouvait en être déduit que la recourante pouvait marcher aisément puisque ses troubles étaient consécutifs aux lésions non pas uniquement de la cheville mais aussi et surtout du ménisque du genou droit. Enfin, l'intimée ne pouvait fonder son argumentation uniquement sur le dossier AI.

44. Le 20 juin 2017, l'intimée a repris les explications avancées par le Dr H\_\_\_\_\_ dans un avis établi à cette date, selon lequel il résultait des pièces du dossier AI que la recourante avait subi, le 12 octobre 2016, une ligamentoplastie pour rupture du faisceau antérieur du LLE. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, cette rupture était incompatible avec une distorsion survenue le 2 juillet 2015, c'est-à-dire quinze mois auparavant. Après un tel délai, il ne pouvait être trouvé qu'un ligament cicatriciel, mais en aucun cas une rupture, laquelle ne se constatait qu'en cas de traumatisme récent. En

outre, aucune rupture du LLE n'avait jamais été objectivée auparavant. Lors de l'arthroscopie du genou le 14 mars 2017, le testing de la cheville ne montrait pas d'instabilité et la chirurgienne n'avait toujours pas d'explication pour les troubles à la marche persistant cinq mois après l'intervention. Le Dr H\_\_\_\_\_ ne voyait pas comment les problèmes persistants pouvaient être mis en rapport avec l'accident banal du 2 juillet 2015. S'agissant du l'affection au genou droit, le Dr H\_\_\_\_\_ a rappelé que l'arthroscopie du 5 février 2016 était restée uniquement diagnostique et non interventionnelle. Le rapport du 14 mars 2017 mentionnait une lésion de la corne postérieure du ménisque externe. Or, ni l'IRM du 6 novembre 2015, ni l'arthroscopie du 5 février 2016, ni l'IRM du 6 juin 2016 ne mettaient en évidence une lésion de la corne postérieure du ménisque externe, de sorte que cette intervention du 14 mars 2017 n'était pas motivée par les séquelles de l'accident du 2 juillet 2015.

Enfin, l'intimée a rappelé que l'OAIE avait estimé que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 5 mai 2016.

45. Le 22 août 2017, l'intimée a indiqué notamment que la lésion méniscale opérée le 14 mars 2017 et la chondropathie fissuraire n'étaient certainement pas en rapport avec l'accident, comme l'avait expliqué le Dr H\_\_\_\_\_ dans ses avis des 12 mai, 2 septembre 2016 et 20 juin 2017. S'agissant de la cheville, vu le testing effectué par la Dresse T\_\_\_\_\_, aucun substrat somatique ne permettait d'expliquer les troubles à la marche présentés par la recourante.
46. Le 28 août 2017, la recourante a contesté les déterminations de l'intimée.
47. Après avoir adressé une copie de ce courrier à l'intimée, la chambre de céans a gardé la cause 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 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 de la 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. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
5. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles à la cheville et au genou droits présentés par la recourante postérieurement au 3 mars 2016 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 2 juillet 2015.
6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

b. 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; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 examinent 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).

c. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs: les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions des ligaments et des tympan.

b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c). Les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

c. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

8. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'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. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

9. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (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).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a

suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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)
12. En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée, en se fondant sur les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, a retenu que les troubles à la cheville et au genou droits de la recourante ne sont plus en lien de causalité, à compter du 4 mars 2016, avec l'accident survenu le 2 juillet 2015.

A la lecture des rapports établis par le Dr H\_\_\_\_\_, la chambre de céans est toutefois d'avis que l'appréciation de ce médecin-conseil n'emporte pas la conviction, et ce pour les motifs qui suivent.

Il n'est pas contesté par les parties que suite à l'accident survenu le 2 juillet 2015, la recourante a subi, au mollet droit, une déchirure musculaire, à la cheville droite, une entorse du ligament talo-fibulaire antérieur (LFTA) ou entorse du ligament latéral externe (LLE), ainsi qu'au genou droit, une entorse du ligament latéral interne (LLI) et une déchirure méniscale (rapports d'examen complémentaires des 7, 31 juillet et 6 novembre 2015, rapport du 26 novembre 2016 du Dr E\_\_\_\_\_ et formulaire signé par le Dr H\_\_\_\_\_ le 13 janvier 2016).

S'agissant de l'atteinte à la cheville droite, pour justifier la fin du rapport de causalité avec l'accident assuré, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que généralement l'entorse se guérissait en six semaines (rapport du 12 mai 2016). Dans son rapport du 2 septembre 2016, il a écarté le diagnostic d'instabilité à la cheville au motif que tous les examens réalisés montraient une distorsion sans gravité. Dans son rapport du 31 janvier 2017, il a expliqué qu'aucune lésion traumatique n'avait été objectivée. Enfin, dans son rapport du 20 juin 2017, il a expliqué qu'aucune rupture du LLE n'avait été diagnostiquée.

A la lecture de l'ensemble de ces rapports, force est de constater que le Dr H\_\_\_\_\_ a rendu ses conclusions en passant totalement sous silence l'échographie du 9 mai 2016, alors que celle-ci constate pourtant une rupture en plein corps du LFTA (rapport du 9 mai 2016 de la Dresse Q\_\_\_\_\_). Cette omission est d'autant plus surprenante que la Dresse M\_\_\_\_\_ avait pourtant attiré l'attention du médecin-conseil, par courrier du 19 mai 2016 déjà, sur le fait que l'IRM du 18 janvier 2016 objectivait clairement une lésion complète du ligament péronéostragalien antérieur.

S'agissant des atteintes au genou droit, il n'est pas contesté que lors de l'arthroscopie effectuée le 5 février 2016, une chondropathie fissuraire stade III sur un cm du plateau tibial latéral a été relevée (rapport du 5 février 2016 de Dr G\_\_\_\_\_). Par la suite, une fissure de la corne antérieure du ménisque externe a été constatée par IRM (rapport du 6 juin 2016 de la Dresse P\_\_\_\_\_).

Le Dr H\_\_\_\_\_ a écarté le lien de causalité entre ces atteintes et l'accident assuré au motif que les examens complémentaires effectués antérieurement au 5 février et au 6 juin 2016 n'avaient pas mis en évidence ces lésions (courrier du 12 mai 2016, rapports des 2 septembre 2016 et 20 juin 2017). Or, s'agissant en particulier de la fissure au ménisque externe, la chambre de céans constate pourtant que l'IRM effectuée le 6 novembre 2015 faisait déjà état de l'existence de cette atteinte (rapport du Dr C\_\_\_\_\_). Ainsi, les explications du Dr H\_\_\_\_\_ paraissent insuffisamment motivées, de sorte qu'elles ne convainquent pas.

Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans ne saurait accorder valeur probante aux conclusions du Dr H\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, on ne saurait non plus statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations des Dresses M\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_ et du Dr R\_\_\_\_\_, lesquels retiennent, postérieurement au 3 mars 2016, un lien de causalité naturelle entre les atteintes dont souffre la recourante et l'accident du 2 juillet 2015.

Enfin, contrairement à ce qu'avance l'intimée, le fait que la recourante ait été reconnue, par l'OAIE, comme étant capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée (décision du 7 avril 2017), n'est pas pertinent pour trancher la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre les atteintes qu'elle présente et l'accident assuré.

13. Compte tenu de l'ensemble de ces motifs, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires et probants pour statuer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les atteintes existant postérieurement au 3 mars 2016. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision. On rappellera que si une atteinte - correspondant à une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - est éventuellement constatée, il y aura lieu d'appliquer les principes propres auxdites lésions.
14. Le recours sera donc admis partiellement et la décision du 23 septembre 2016 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
15. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 23 septembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- 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

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