





**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1961, travaille en qualité d'aide-soignante au sein des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : l'employeur) depuis le 1<sup>er</sup> août 2009 et est, à ce titre, assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Dans un rapport du 25 avril 2016, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il avait procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche de l'assurée le 22 avril 2016 afin de rechercher un kyste méniscal externe et réaliser un bilan. Cet examen avait mis en exergue un important clivage horizontal s'étendant du segment moyen jusqu'à la corne antérieure du ménisque externe, avec un important kyste para-méniscal latéral mesurant 2 cm de hauteur et 8 mm de diamètre, en communication avec la lésion horizontale, sans image d'une anse de seau ou de fragment méniscal décelée. Le reste de l'examen était sans particularité.
3. Le 19 août 2016, l'employeur a rempli le formulaire « Déclaration d'accident-bagatelle LAA » et annoncé que l'assurée s'était blessée au ménisque gauche, après s'être tordu le genou en manipulant un lit le « 9 janvier 2016 » à 13h30.
4. En date du 23 août 2016, l'employeur a complété un nouveau formulaire « Déclaration d'accident-bagatelle LAA », reprenant les mêmes indications que celles contenues dans l'annonce du 19 août 2016, à l'exception de la date de l'accident, modifiée au « 8 janvier 2016 » à 13h30.
5. Le 31 août 2016, l'employeur a rempli une « déclaration d'accident LAA » car une intervention chirurgicale était prévue. Ce formulaire reprend les mêmes indications que la déclaration d'accident du 23 août 2016.
6. Par rapport du 12 septembre 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir été consulté par l'assurée le 19 août 2016. Elle lui avait déclaré s'être tordu le genou gauche en skiant le 8 janvier 2016. Il avait retenu les diagnostics d'entorse et de déchirure du ménisque externe du genou gauche et lui avait prescrit un traitement de Voltarène. L'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et une arthroscopie était prévue le 19 septembre 2016.
7. Le 19 septembre 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à la résection arthroscopique du ménisque externe. Selon le protocole opératoire établi le lendemain, le ménisque externe présentait dans sa partie antérieure une déchirure complexe avec une désinsertion de la partie antérieure du ménisque de son mur.
8. En date du 3 octobre 2016, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'assurance et décrit ainsi les circonstances de l'événement accidentel : « En poussant un lit d'hôpital devant un ascenseur, il s'est orienté de travers et pour le redresser j'ai mis

mon poids sur la jambe gauche. Cette forte torsion de mon genou a déclenché une douleur aiguë ». Elle a mentionné que la douleur avait perduré et qu'elle était encore en incapacité totale de travail.

9. Par courrier du 2 novembre 2016, l'assurance a informé l'assurée que la prise en charge de son cas était refusée et qu'il lui incombait de s'adresser à son assureur-maladie. En effet, l'apparition de douleurs en poussant un lit d'hôpital n'était pas consécutive d'un facteur extérieur, de sorte que la condition d'un événement assimilé à un accident ou d'un événement similaire n'était pas remplie.
10. Le 17 novembre 2016, l'assurée a contesté la position de l'assurance et sollicité qu'une décision finale soit rendue.
11. Dans un courrier du 30 novembre 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance qu'il avait commis une erreur dans son rapport initial du 12 septembre 2016 et que l'accident était survenu sur le lieu de travail. L'assurée lui avait indiqué qu'elle avait prévu d'aller skier le 9 janvier 2016, mais elle en avait bien évidemment été empêchée.
12. Par décision du 5 décembre 2016, dont copie a été adressée à l'assureur-maladie de l'assurée, l'assurance a confirmé son refus de prise en charge. Il ressortait des pièces en sa possession que l'assurée avait senti une douleur aiguë en voulant redresser un lit avec sa jambe gauche, sans aucune cause extérieure ou exogène. L'événement annoncé s'était déroulé dans des conditions normales et physiologiques, sans qu'il y ait un risque particulier de lésion, de sorte que la condition du facteur extérieur dommageable n'était pas réalisée.
13. En date du 21 décembre 2016, l'employeur a annoncé une rechute de l'accident du 8 janvier 2016, précisant que l'assurée avait consulté à nouveau son médecin suite à des douleurs et avait été opérée le 19 septembre 2016.
14. Le 4 janvier 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 5 décembre 2016. Elle a soutenu que le facteur extérieur extraordinaire était réalisé sous la forme d'un lit prenant une vitesse excessive dans un virage face à une porte vitrée. L'inertie renforcée par le poids du lit l'avait physiquement heurtée, exerçant une forte torsion sur son genou gauche. L'apparition du kyste para-méniscal relevé par le Dr B\_\_\_\_\_ était consécutive à la lésion du ménisque.
15. Par rapport du 18 janvier 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics d'entorse et de déchirure du ménisque externe gauche. Il a indiqué que l'assurée s'était tordu le genou sur son lieu de travail en déplaçant un lit. L'incapacité de travail avait été de 100% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et était de 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2017, probablement jusqu'au 15 février 2017.
16. Par décision sur opposition du 19 janvier 2017, l'assurance a confirmé sa décision du 5 décembre 2016 et rejeté l'opposition de l'assurée au motif que cette dernière n'avait pas rendu plausible que les éléments d'un accident étaient réunis. Elle a en effet considéré que l'événement annoncé ne pouvait être considéré comme un

accident, faute d'événement extraordinaire, ni comme une lésion assimilée en l'absence de situation de risque de lésion accru ou de mouvement incontrôlé. L'apparition de douleurs en tant que telle ne constituait pas une cause extérieure. L'assurance a en outre relevé des contradictions dans la date de l'événement et le long laps de temps écoulé entre l'événement et l'annonce par l'employeur.

17. Par acte du 20 février 2017, l'assurée, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à son audition et à la réalisation d'une expertise orthopédique et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit constaté que l'intimée devait prêter pour les conséquences de l'accident du 8 janvier 2016, en prenant notamment en charge les frais médicaux, en versant les indemnités journalières pour l'incapacité de travail y relative et en octroyant les prestations pour les conséquences de la rechute. La recourante a soutenu que le sinistre était survenu le 8 janvier 2016 à 13h30, alors qu'elle poussait un lit pesant plus de 70 kg qui s'était déporté de travers devant un ascenseur et avait commencé à rouler rapidement dans la mauvaise direction, emporté par son élan et son poids en direction d'une porte vitrée. Elle avait mis tout son poids sur la jambe gauche pour contrer le mouvement du lit, mais ce dernier, emporté par son inertie, avait continué sa course et causé un mouvement de torsion du genou gauche, ce qui avait immédiatement déclenché une douleur aiguë. Elle avait bénéficié ensuite de quatre jours de congé déjà prévus puis d'une semaine de vacances, profitant de ce temps libre pour se reposer et reposer son genou. Elle avait consulté son médecin généraliste, le docteur E\_\_\_\_\_, lequel lui avait prescrit des anti-inflammatoires. Elle avait ensuite repris son travail, mais les douleurs avaient augmenté. Elle ne savait pas qu'elle devait remplir une déclaration d'accident, étant précisé qu'il s'agissait de son premier accident. Sur conseil de son médecin-traitant, elle avait consulté au mois d'avril 2016 le Dr C\_\_\_\_\_, lequel avait fait réaliser une IRM. Ce médecin n'avait pas pu continuer à la suivre car il avait réduit son activité en vue de sa retraite. Elle avait continué à travailler en dépit des vives douleurs et avait consulté le Dr D\_\_\_\_\_ en août 2016. Il lui avait indiqué que la déchirure du ménisque était due à l'accident du 8 janvier 2016 et qu'il fallait faire une déclaration d'accident. Ce médecin avait clairement et de manière convaincante expliqué avoir mentionné par erreur la date du 9 janvier 2016, car la recourante lui avait déclaré que sa journée de ski, prévue le 9 janvier 2016, avait dû être annulée. La déclaration d'accident n'avait été faite que plusieurs mois après le sinistre en raison de sa méconnaissance de la procédure y relative. Elle a soutenu qu'un événement générant un risque de lésion accru était survenu puisque le lit s'était déporté dans une autre direction que celle souhaitée, roulant à une vitesse excessive, menaçant de rentrer de tout son poids dans une porte vitrée. Ceci n'était pas une situation qui se produisait usuellement dans la profession d'aide-soignante et elle ne l'avait jamais vécue auparavant en plus de 20 ans de métier. Il s'agissait de circonstances extérieures qui avaient provoqué une sollicitation du corps plus élevée que ce qui était physiologiquement normal, car elle avait dû faire un

---

mouvement de contrepoids, prenant appui sur sa jambe gauche, subissant ainsi une torsion non maîtrisée du genou gauche qui avait causé une déchirure du ménisque. Elle considérait donc avoir établi l'existence d'une lésion assimilée à un accident. Si la chambre de céans devait être d'un autre avis, une expertise devrait être ordonnée.

18. Par écriture complémentaire du 23 mai 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions et produit deux questionnaires qu'elle a adressés aux médecins suivants, ainsi que leurs réponses respectives :

- en date du 9 mai 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'entorse de genou gauche et de déchirure de grade III du ménisque externe du genou gauche ; il était pour lui certain que l'accident du 8 janvier 2016 avait provoqué ces lésions et la recourante n'avait à sa connaissance pas souffert de son genou avant cet accident ; la tentative de redressement du lit se déplaçant à une vitesse excessive pouvait provoquer une torsion du genou responsable des lésions et il ne voyait pas d'autres facteurs qui auraient causé l'atteinte ; l'incapacité de travail avait été de 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 12 mars 2017, de 50% du 13 au 30 mars 2017 et de 0% dès le 31 mars 2017 ;
- les réponses manuscrites, non datées, du « Dr E\_\_\_\_\_ », lequel a indiqué suivre depuis 2000 la recourante, employée exemplaire qui était allée travailler plusieurs fois contre son avis médical ; selon lui, il était hautement vraisemblable que les lésions constatées lors de l'IRM du mois d'avril 2016 soient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 janvier 2016 tel que décrit par sa patiente ; aucun autre facteur n'avait pu causer cette atteinte, étant relevé que la recourante ne présentait pas d'arthrose ; le traitement avait consisté en des anti-inflammatoires, des patchs et du repos.

19. Dans sa réponse du 7 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Elle a invoqué que les éléments d'un accident n'étaient pas établis, à tout le moins sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, aux motifs que les deux premières déclarations d'accident bagatelle indiquaient des dates différentes, que le rapport médical initial du Dr D\_\_\_\_\_ faisait état d'une torsion du genou en skiant et que la première déclaration d'accident était datée du 19 août 2017, soit plus de sept mois après l'événement. En outre, l'indication de l'IRM pratiquée le 22 avril 2016 était la recherche d'un kyste méniscal et un bilan. La première consultation auprès du Dr D\_\_\_\_\_ était intervenue le 19 septembre 2016 et la première incapacité de travail le 1<sup>er</sup> septembre 2016, soit huit mois après l'événement. Le rapport établi à l'issue de cet examen ne mentionnait aucune déchirure du ménisque externe du genou gauche. L'intimée a en outre soutenu que la recourante avait constamment fait état d'éléments nouveaux au cours de ses déclarations successives, tels que la présence d'une porte vitrée, du poids du lit, de l'inertie qui l'avait heurtée exerçant une forte torsion, de la vitesse du lit. Le fait de pousser un lit d'hôpital devant un ascenseur et de devoir le redresser s'il était orienté de travers était une activité banale et

habituelle, qui n'excédait aucunement le cadre des événements ou des situations que l'on pouvait objectivement qualifier de quotidien ou d'habituel, ce d'autant plus pour une aide-soignante exerçant au sein des HUG. Il n'y avait eu ni choc, ni chute, ni glissement et la recourante n'avait produit aucun effort extraordinaire ou exceptionnel. Faute de facteur extérieur extraordinaire, l'événement survenu le 8 janvier 2016 ne pouvait être qualifié d'accident. De plus, la recourante n'avait pas sollicité son corps, en particulier son genou gauche, dans une mesure supérieure à ce qui était normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La sollicitation du ménisque en redressant un lit d'hôpital en mouvement ne présentait pas un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps. La recourante n'avait pas changé de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs et le fait de modifier la direction du lit n'avait pas été incontrôlé ni influencé par des phénomènes extérieurs. Un tel mouvement ne conduisait au surplus par à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents. En l'absence d'une cause extérieure, l'existence d'une lésion assimilée ne pouvait être retenue.

20. Par réplique du 12 juillet 2017, la recourante a maintenu les termes de son recours. Elle a soutenu que la deuxième déclaration d'accident bagatelle avait pour but de corriger une erreur de saisie administrative contenue dans la première et que la déclaration d'accident « normal » avait été remplie avant le début de l'incapacité de travail. Elle a contesté toute contradiction ou modification dans ses explications quant au déroulement du sinistre et indiqué avoir apporté des précisions. Contrairement à ce que soutenait l'intimée, elle n'avait pas attendu huit mois avant de consulter un spécialiste puisqu'elle avait été examinée par le Dr C\_\_\_\_\_ en avril 2016, lequel avait requis une IRM en raison des douleurs subies après l'accident. L'intervention chirurgicale n'avait pas été réalisée avant le mois d'août 2016 en raison du départ à la retraite de ce médecin. L'intimée s'écarterait sans justification du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 9 mai 2017, seul avis au dossier concernant le rapport de causalité entre les diagnostics retenus et l'accident du 8 janvier 2016. La recourante a maintenu que la lésion du ménisque externe gauche devait ainsi être qualifiée de lésion assimilée à un accident.
21. Dans sa duplique du 11 août 2017, l'intimée a également persisté dans sa position. Elle a repris les arguments développés dans sa précédente écriture et soutenu qu'aucune pièce du dossier ne confirmait les allégations de la recourante selon lesquelles elle aurait ressenti de vives douleurs immédiatement après le 8 janvier 2016. L'IRM du 22 avril 2016 n'avait pas mis en évidence de déchirure du ménisque externe et n'avait pas été indiquée pour une telle lésion.
22. En date du 12 octobre 2017, la recourante a fait valoir ses observations. Elle a notamment relevé que le motif pour lequel l'IRM avait été demandée n'était pas pertinent en tant que tel puisqu'elle ne pouvait pas elle-même poser un diagnostic médical. L'intimée ne pouvait ignorer la consultation auprès du Dr C\_\_\_\_\_.

23. Par courrier daté du 26 avril 2018, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a répondu aux questions de la chambre de céans, sur la base d'une note manuscrite de son père, le Dr C\_\_\_\_\_, relative à la consultation du 26 avril 2016, du rapport et des images d'IRM du genou gauche du 22 avril 2016, du rapport radiologique du genou gauche du 19 avril 2016, ainsi que d'un échange de correspondances avec la représentante de la recourante remontant aux 28 septembre et 12 octobre 2017. La recourante avait consulté le Dr C\_\_\_\_\_ à une seule reprise, le 26 avril 2016, en raison de douleurs au genou gauche, apparues environ une année auparavant. Ces douleurs, également nocturnes et parfois accompagnées de crampes, étaient majoritairement localisées au niveau du compartiment externe. Des épisodes de pseudo-lâchages, sans blocage, étaient également mentionnés. Il n'y avait pas de notion de traumatisme à l'anamnèse. Au status du genou gauche, le spécialiste a noté une tuméfaction et une douleur sur l'interligne externe sur le trajet du ménisque externe. Il n'y avait pas d'épanchement, pas de laxité dans le plan sagittal ni frontal. L'extension était complète et la flexion douloureuse à partir de 120°. À la question de savoir si la recourante avait signalé qu'un événement particulier avait déclenché les symptômes, le médecin a répondu qu'il n'y avait pas d'élément dans le dossier parlant en faveur d'un événement déclencheur de la symptomatologie. Il a précisé qu'à l'époque, la facture pour la consultation avait été libellée en maladie et non en accident. Le diagnostic retenu était celui de déchirure de la corne antérieure jusqu'au segment moyen du ménisque externe avec un kyste para-méniscal latéral de 2 cm de hauteur et de 8 mm d'épaisseur. Le traitement initial prescrit consistait en des anti-inflammatoires et une mise au repos du genou. Il avait également été suggéré qu'en l'absence d'amélioration de la symptomatologie, une arthroscopie pourrait être envisagée pour régulariser la lésion méniscale et un petit geste complémentaire pour exciser le kyste para-méniscal. Par la suite, deux rendez-vous avez été prévus, les 14 juin et 17 août 2016, mais la recourante ne s'y était pas présentée. L'important clivage horizontal auquel le radiologue avait conclu suite à l'IRM du 22 avril 2016 correspondait à une déchirure du ménisque externe. Quant à la question de savoir si cette lésion était « manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs », le spécialiste a indiqué que plus l'âge de la personne était élevé, plus le risque de présenter une déchirure méniscale était élevé. Mais les phénomènes dégénératifs étaient des phénomènes plutôt globaux et on se retrouvait également avec des signes dégénératifs au niveau du cartilage et au niveau du ménisque de l'autre côté. Le terme de « manifestement imputable » ne pouvait être confirmé au vu de l'imagerie, celui de « probable » semblant plus adéquat. De façon théorique, la déchirure méniscale pouvait être provoquée par un mécanisme de torsion qui engendrait des forces de cisaillement, le kyste para-méniscal étant une conséquence de la communication entre l'intérieur de l'articulation ce qui permettait au liquide synovial de sortir et de s'accumuler dans le kyste. L'IRM semblait plutôt en faveur d'un événement traumatique vu le peu de signe dégénératif dans le reste du genou. Néanmoins, n'ayant pas du tout de notion de cette torsion du genou gauche de 2016

dans le dossier, il ne pouvait pas être catégorique que cette lésion était due à un traumatisme.

24. Sur demande de la chambre de céans, le Dr C\_\_\_\_\_ lui a communiqué, le 28 mai 2018, les pièces suivantes :
- le courrier que lui avait adressé la mandataire de la recourante le 28 septembre 2017 afin d'obtenir un compte-rendu de la consultation d'avril 2016 ;
  - la réponse du 12 octobre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, lequel a notamment écrit que la recourante lui avait déclaré souffrir de douleurs du genou gauche depuis environ une année ; il avait conseillé à la recourante de ménager son genou, lui avait prescrit des anti-inflammatoires et lui avait indiqué qu'il faudrait envisager, en l'absence d'amélioration, une arthroscopie avec une résection méniscale externe prudente pour ne pas courir le risque d'une arthrose fémoro-tibiale externe ;
  - un rapport du 21 avril 2016 du Dr B\_\_\_\_\_ suite à la radiographie du genou gauche réalisée le 19 avril 2016, examen lui ayant permis de conclure à une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante.
25. Par écriture du 7 juin 2018, l'intimée a intégralement persisté dans sa position. Elle a soutenu que les informations contenues dans le courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2017 étaient contradictoires avec les allégations de la recourante. Il était édifiant que cette dernière n'avait pas produit l'échange de correspondances avec le Dr C\_\_\_\_\_, ces documents permettant d'établir qu'elle avait menti tout au long de la procédure. Elle souffrait depuis le mois d'avril 2015 du genou gauche et n'avait jamais fait état d'un quelconque traumatisme au Dr C\_\_\_\_\_. Les examens radiologiques effectués par le Dr B\_\_\_\_\_ n'étaient aucunement motivés par des douleurs subies après un sinistre. Les premières allégations d'un accident avaient été formulées alors qu'une intervention chirurgicale avait été préconisée par le Dr D\_\_\_\_\_ et qu'un arrêt de travail était prévu. Si la recourante avait réellement souffert d'une entorse du genou gauche et d'une déchirure du ménisque externe de grade III le 8 janvier 2016, elle aurait immédiatement consulté un médecin, qui aurait sans délai procédé à des examens radiologiques, préconisé un arrêt de travail et une opération, et une déclaration d'accident aurait été remplie. Il y avait donc lieu de retenir que les éléments d'un accident n'étaient pas rendus plausibles, ou à tout le moins vraisemblables, et ne permettaient pas d'établir que la lésion résultait de l'évènement qui serait survenu le 8 janvier 2016.
26. En date du 3 juillet 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a indiqué avoir consulté le Dr C\_\_\_\_\_ sur recommandation de son médecin généraliste, le Dr E\_\_\_\_\_, auquel elle avait expliqué les douleurs dont elle souffrait suite à l'accident du 8 janvier 2016. La consultation du 26 avril 2016 n'avait duré que quelques minutes car le Dr C\_\_\_\_\_ s'apprêtait à partir en vacances. L'anamnèse n'avait donc pas pu être complète et la recourante n'avait pas pu décrire les circonstances précises du sinistre. Une opération semblait

nécessaire au vu de l'IRM, mais rien ne pouvait être entrepris avant le mois de juin 2016, compte tenu des vacances de la recourante. Le rendez-vous du mois de juin 2016 avait dû être annulé car elle avait été retenue à l'étranger pendant ses vacances en raison d'une entorse à la cheville et il avait été très difficile d'obtenir un nouveau rendez-vous, le Dr C\_\_\_\_\_ étant en pré-retraite. Elle avait alors décidé de changer de médecin orthopédiste. Au cours de la très brève consultation du 26 avril 2016, il avait été plus important pour le médecin de déterminer la suite du traitement que l'origine de la lésion et celui-ci ne connaissait pas l'entier de sa situation médicale. Dès lors, ses déclarations ne pouvaient pas être considérées comme complètes et il convenait de se référer aux rapports des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, lesquels avaient retenu que la lésion du genou gauche avait été causée par l'accident du 8 janvier 2016. En outre, il ressortait des explications du Dr C\_\_\_\_\_ que l'imagerie démontrait que c'était un événement traumatique qui avait causé la lésion, et non une maladie dégénérative. En tout état de cause, afin d'établir l'état de fait d'un point de vue médical, la réalisation d'une expertise orthopédique s'avérait indispensable. En tant que de besoin, les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ devraient être entendus par la chambre de céans.

27. Le 5 juillet 2016, la chambre de céans a communiqué aux parties copies des dernières écritures, pour information.

### **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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent cependant, 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).

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante 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.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents en raison des faits annoncés dans ses déclarations d'accident du mois d'août 2016.
5. 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

b. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2016, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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).

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 LPGA), 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. À 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).

7. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 180 consid. 3.2).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3).

Par ailleurs, il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b et les références).

- 
8. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, la recourante soutient avoir été victime d'un accident sur son lieu de travail le 8 janvier 2016, événement ayant causé une déchirure du ménisque externe gauche.
10. À titre préalable, la chambre de céans observe que les trois formulaires d'annonce de sinistre se réfèrent incontestablement au même événement et que la multiplicité des déclarations s'explique aisément. En effet, la seule divergence entre les deux premières « Déclaration d'accident-bagatelle LAA », datées respectivement des 19 et 23 août 2016, consiste en la date du sinistre, rectifiée au 8 janvier 2016 dans le second formulaire. Enfin, la troisième « déclaration d'accident LAA » a été remplie le 31 août 2016 car une intervention chirurgicale était prévue (cf. pièce 6 de l'intimée). D'ailleurs, ce dernier formulaire mentionne que la déclaration a été effectuée en « bagatelle », mais qu'un arrêt de travail est prévu en raison d'une intervention.
11. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'intimée a reçu le rapport d'IRM du Dr B\_\_\_\_\_ adressé au Dr C\_\_\_\_\_ le 25 avril 2016, document qui conclut à un important clivage horizontal s'étendant du segment moyen jusqu'à la corne antérieure du ménisque externe, avec un important kyste para-méniscal latéral.

Elle a également reçu plusieurs déterminations du Dr D\_\_\_\_\_. Ce dernier a indiqué avoir été consulté par la recourante le 19 août 2016 (cf. rapport du 12 septembre 2016) et avoir alors retenu les diagnostics d'entorse et de déchirure du ménisque externe du genou gauche (cf. rapports des 12 septembre 2016 et

18 janvier 2017) qui avaient justifié une intervention chirurgicale le 19 septembre 2016 et entraîné une incapacité de travail (cf. protocole opératoire du 20 septembre 2016 et rapport du 18 janvier 2017). Si ce médecin a mentionné dans un premier temps que la recourante s'était blessée en skiant (cf. rapport du 12 septembre 2016), il a par la suite expliqué avoir commis une inadvertance à cet égard et a relaté que l'accident était en réalité survenu sur le lieu de travail de sa patiente (cf. rapports des 30 novembre 2016 et 18 janvier 2017), de sorte qu'il a levé toute ambiguïté à cet égard.

12. La recourante n'ayant produit aucun rapport émanant du Dr C\_\_\_\_\_, la chambre de céans a sollicité des informations complémentaires de la part de ce médecin, premier spécialiste consulté.

Le 26 avril 2018, le Dr F\_\_\_\_\_, fils du Dr C\_\_\_\_\_ (ayant repris le cabinet de son père), a expliqué que la recourante avait rencontré son père à une seule reprise, le 26 avril 2016. Elle avait fait état de douleurs, avec des crampes et des épisodes de pseudo-lâchages, remontant à environ une année, soit au mois d'avril 2015. L'IRM pratiquée par le Dr B\_\_\_\_\_ le 22 avril 2016 avait révélé l'existence d'une déchirure méniscale et d'un important kyste au niveau du genou gauche. En l'absence d'amélioration, une arthroscopie pourrait être envisagée. À l'anamnèse, il n'y avait aucune notion de traumatisme et le dossier ne contenait pas d'élément en faveur d'un événement déclencheur de la symptomatologie. La recourante ne s'était pas présentée aux deux rendez-vous qui avaient été fixés par la suite, les 14 juin et 17 août 2016.

Ces explications jettent le discrédit sur les déclarations ultérieures de la recourante au Dr D\_\_\_\_\_, lequel a relaté une torsion du genou gauche survenue le 8 janvier 2016 en manipulant un lit d'hôpital et l'absence de douleurs antérieures audit événement (cf. rapports des 12 septembre 2016, 18 janvier et 9 mai 2017).

L'argumentation de la recourante selon laquelle l'anamnèse du Dr C\_\_\_\_\_ serait incomplète, ce médecin n'ayant eu que peu de temps à lui consacrer en raison de son départ en vacances imminent, n'est pas convaincante. En effet, il ressort clairement du courrier du 26 avril 2018 du Dr F\_\_\_\_\_ que son père a pris connaissance des conclusions suite aux examens radiologiques, qu'il a retranscrit les plaintes précises de la recourante, procédé à un examen clinique et prescrit un traitement. Il a clairement noté que les douleurs duraient depuis une année, sans événement particulier à leur origine. Nul doute que cet orthopédiste a consacré le temps nécessaire à la recourante et que cette dernière a eu l'opportunité de lui signaler la torsion du genou qu'elle affirme, depuis le 19 août 2016, avoir subie le 8 janvier 2016. D'autre part, ce document révèle que l'intéressée affirme faussement qu'elle n'a pas pu obtenir un nouveau rendez-vous avec le Dr C\_\_\_\_\_ et qu'une opération n'a pas été possible avant le mois d'août 2016 en raison du départ à la retraite de ce chirurgien. En réalité, elle ne s'est pas présentée aux rendez-vous fixés les 14 juin et 4 juillet 2016 (cf. rapport du 12 octobre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_) ou 17 août 2016 (cf. rapport du 26 avril 2018 du Dr F\_\_\_\_\_). Elle a

en revanche choisi de consulter un autre spécialiste et a été suivie par le Dr D\_\_\_\_\_ depuis le 19 août 2016, médecin auquel elle a indiqué s'être tordu le genou le 8 janvier 2016.

La chambre de céans relèvera encore que la recourante s'est bien gardée de produire le courrier du 12 octobre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_ qu'elle a elle-même interpellé, et dont la teneur similaire aux renseignements livrés le 26 avril 2018 par le Dr F\_\_\_\_\_ contredit clairement ses allégations.

S'agissant du rapport du « Dr E\_\_\_\_\_ », il n'est d'aucune utilité pour l'issue du litige. En effet, ce document ne contient aucune information émanant du médecin quant à la survenance d'un événement traumatique au mois de janvier 2016. De surcroît, il est relevé que l'identité du signataire ne peut être établie avec certitude, le seul « Dr E\_\_\_\_\_ » dont le prénom commence par la lettre « S » à Genève est le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie.

13. Compte tenu des affirmations successives divergentes de la recourante, il y a lieu de s'en tenir aux déclarations faites au moment de sa première consultation auprès d'un spécialiste en orthopédie, alors qu'aucune opération n'était encore envisagée et qu'aucune incapacité de travail n'était à craindre. Il est rappelé à cet égard que le Dr D\_\_\_\_\_ a été consulté plus de trois mois après le Dr C\_\_\_\_\_, alors que la symptomatologie ne s'était de toute évidence par améliorée et qu'une intervention devait par conséquent être discutée.
14. Partant, la chambre de céans retiendra, conformément aux informations recueillies auprès du Dr C\_\_\_\_\_, que la recourante a présenté des gonalgies gauches à partir du mois d'avril 2015 déjà et qu'elle n'a pas fait état, lors de sa première consultation par un spécialiste en orthopédie le 26 avril 2016 suite à des examens radiologiques ayant révélé une lésion méniscale, d'un quelconque événement accidentel survenu au mois de janvier 2016.
15. Vu ce qui précède, l'existence d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA n'apparaît pas vraisemblable au degré requis par la jurisprudence.  
  
C'est dès lors à bon droit que l'intimée a nié le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents, étant rappelé que le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et la référence).
16. Par appréciation anticipée des preuves, il peut être renoncé à procéder à d'autres investigations.
17. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA) et il ne saurait être alloué d'indemnité de procédure.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

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