RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/968/2005 **ATAS/496/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 23 mai 2006

En la cause

Madame G_____, domiciliée GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître POGGIA Mauro	recourante
contre	
ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise avenue du Bouchet 2, case postale 40, 1211 GENEVE 28	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame Olivia G_____, née en 1950, travaillait depuis le 1er septembre 1988 en qualité d'employée de maison auprès de l'Etablissement médico-social la Résidence des Franchises et était à ce titre assurée auprès de l'ELVIA ASSURANCES (actuellement ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, ci-après l'assurance).

   Elle a été victime d'un accident le 9 octobre 2001: elle a glissé sur le trottoir en se rendant au travail. Elle a subi ainsi une importante tuméfaction du genou droit et un hématome pré-rotulien. Une résonance magnétique a été pratiquée le 17 octobre 2001, à la suite de laquelle les diagnostics suivants ont été posés :

   - chondropathie rotulienne modérée, déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne,

   - dégénérescence kystique du ménisque externe au niveau de sa corne moyenne, secondaire à une déchirure avec développement d'un petit kyste méniscal,

   - discrète chondropathie rotulienne et à la hauteur du plateau tibial.

   En revanche, aucune rupture des ligaments croisés ni latéraux n'a été constatée.

2. Le 14 novembre 2001, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué une résection de la corne postérieure du ménisque interne et une régularisation de la portion moyenne du ménisque externe du genou droit par voie arthroscopique.

3. L'assurée a pu reprendre son travail à mi-temps dès le 24 janvier 2002; elle a dû toutefois cesser toute activité du 1er février au 17 février 2002, puis a recommencé à 50% dès le 18 février 2002.

4. Le 26 juin 2002, elle a été victime d'un second accident : à son travail, elle a chuté et s'est contusionné le genou droit.

5. Son employeur l'a licenciée avec effet au 31 août 2002.

6. Mandaté par l'assurance, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a établi un rapport d'expertise le 27 août 2002. Il a demandé à ce que soit effectuée une nouvelle résonance magnétique. Celle-ci a eu lieu le 20 août 2002. Il en résulte que "par rapport à l'examen antérieur du 1er mars 2002, on retrouve une chondropathie rotulienne de grade I à II associée à un status après résection partielle de la corne postérieure et d'une partie de la portion intermédiaire du ménisque interne avec une tranche de section qui reste toujours hétérogène. Apparition d'un remaniement fibro-inflammatoire post-traumatique pré-rotulien sans image de bursite collectée".

L'expert a posé les diagnostics suivants :

- status environ neuf mois après la résection de la corne postérieure du ménisque interne et la régularisation du ménisque externe au genou droit par voie arthroscopique,

- status deux mois après contusion du genou droit,

- syndrome fémoro-patellaire droit.

A la question de savoir si l'état somatique ou psychologique est une conséquence naturelle des accidents des 9 octobre 2001 et 26 juin 2002 de façon certaine, vraisemblable ou possible, il répond qu' "anamnestiquement le rapport entre l'accident du 9 octobre 2001 et l'état actuel du genou droit est direct. La chute du 26 juin 2002 est survenue sur un genou déjà douloureux. Actuellement il s'agit d'un syndrome fémoro-patellaire qui peut être en relation avec l'accident du 9 octobre 2001". Il constate au surplus que l'examen clinique est pauvre, le genou droit ne montrant rien de particulier, et que les radiographies sont dans les normes,

Il considère que l'assurée pourrait reprendre sa profession d'employée de ménage en tout cas à 50%, voire à 75%. Il propose ainsi une reprise du travail à 50% à la fin du mois d'août 2002 et à 75% un mois plus tard, ajoutant qu'il est possible que les 25% restants soient difficiles à réaliser. Il constate cependant l'existence d'un important conflit avec le précédent employeur, des problèmes familiaux ainsi qu'un état dépressif diagnostiqué par le Dr C_____, psychiatre, et propose dès lors de demander un examen psychiatrique, soulignant que l'état orthopédique du genou droit n'explique pas l'incapacité de travail.

7. Le 13 septembre 2002, l'assurance, se fondant sur l'expertise du Dr B_____, a informé l'assurée qu'une reprise de travail était exigible comme employée de ménage à 50% depuis le 26 août 2002 pendant un mois, et de 75% dès le 1er octobre 2002 pendant trois mois, soit jusqu'au 31 décembre 2002. L'assurance a ainsi considéré que la poursuite de l'arrêt de travail dès le 1er janvier 2003 ne pouvait être imputable à l'évènement accidentel du 9 octobre 2001, ni à celui du 26 juin 2002, mais à l'état maladif.

8. Représentée par Maître Mauro POGGIA, l'assurée s'est opposée à cette prise de position. Elle a produit un courrier du Dr A_____ adressé à son mandant le 26 septembre 2002, et aux termes duquel l'accident du 26 juin 2002 reste la cause la plus vraisemblable de l'incapacité de travail actuelle, bien qu'il s'y ajoute un élément de dépression réactionnelle à la récente perte de son emploi qui a été justifiée par ses employeurs comme étant la conséquence de sa longue incapacité de travail résultant du premier traitement de son genou.

Dans un courrier du 31 janvier 2003, le Dr A_____ pense que l'on peut imaginer une reprise à temps partiel de l'ordre de 50% dans les mois à venir, mais

note que la patiente est en train de développer une sinistrose et conseille le mandant de solliciter l'avis du psychiatre traitant.

Aussi, se fondant sur les conclusions du Dr B_____ et du Dr A_____, l'assurance a-t-elle demandé au Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'examiner l'assurée. Celui-ci a rendu un rapport d'expertise le 9 février 2004. Il pose les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et traits dépendants de personnalité. Selon l'expert, la causalité entre les deux accidents et les troubles psychiques ne peut être considérée comme vraisemblable. Le tableau psychiatrique est clairement apparu suite à son licenciement survenu dans les suites de l'accident du 26 juin 2002. Ce licenciement est la cause certaine de la situation constatée depuis juillet 2002. Il provoque un état dépressif sévère et laisse apparaître des traits dépendants marqués qu'elle avait toujours pu camoufler jusqu'alors en les transposant sur son travail. L'assurée présente un état dépressif sévère qui rend sa capacité de travail nulle. Son mode de fonctionnement avec ses traits dépendants ne lui a pas permis d'assimiler et de mentaliser le licenciement et ses conséquences de façon adéquate. L'accident du 9 octobre 2001 n'a quant à lui pas été suivi de troubles psychiques, malgré la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il semble avoir été correctement assimilé. L'accident du 26 juin 2002 en revanche qui constituait un traumatisme mineur (contusion du genou), est survenu dans un contexte de licenciement économique que l'assurée n'a pas accepté. C'est ainsi qu'elle a développé un épisode dépressif sévère favorisé par ses traits de personnalité dépendante.

9. Le 22 mars 2004, l'assurée a transmis à l'assurance un nouveau rapport du Dr A_____ daté du 15 mars 2004, selon lequel elle présente un syndrome douloureux persistant du compartiment interne (où a été pratiquée la méniscectomie le 14 novembre 2001) dont l'évolution se fait vers le développement d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne. Selon le médecin, l'aggravation de ce syndrome douloureux ne permet pas d'envisager la reprise de son travail d'aide soignante comme il l'avait espéré auparavant. Il souligne que cette évolution est la conséquence directe de son accident, étant précisé qu'il est probable que son état dépressif aggrave le ressenti de ce syndrome douloureux. S'agissant de l'évolution arthrosique actuelle, elle est pour lui la conséquence directe de la lésion méniscale, admettant toutefois que son évolution est relativement rapide et qu'il est ainsi possible que le second accident ait joué un rôle aggravant.

10. Invité par l'assurance à se déterminer, tant sur le rapport d'expertise du Dr D_____ que sur le rapport du Dr A_____ du 15 mars 2004, à préciser quelle était l'incapacité de travail d'origine strictement orthopédique dans l'activité exercée en EMS, et si une capacité de travail entière ou partielle existait dans une activité adaptée, le Dr B_____ a complété son expertise le 4 mars 2004.

Il ressort de son rapport que "les radiographies effectuées le 19 décembre 2003 montrent la présence d'une discrète arthrose débutante du genou droit. Cette arthrose n'est pas en rapport avec la méniscectomie partielle subie au mois de novembre 2001. Il s'agit d'une patiente âgée de 54 ans. Les discrets signes dégénératifs présents aux trois compartiments du genou droit sont plus en rapport avec son âge qu'avec la méniscectomie subie. Pour cette raison, j'estime que le lien de causalité entre l'arthrose débutante au genou droit et l'événement du 9 octobre 2001 est seulement possible. Mon avis quant à la capacité de travail de l'assurée reste inchangé si *l'assurée* ne présentait pas de problèmes psychiatriques et n'avait pas été licenciée, elle pourrait travailler normalement à 100% dans sa profession de femme de ménage".

Le Dr B_____ a adressé à l'assurance un nouveau complément d'informations le 26 avril 2004. Il précise encore que le lien de causalité entre l'arthrose débutante du genou droit et l'événement du 9 octobre 2001 est improbable, voire seulement possible. Il ajoute qu' "au moment de l'arthroscopie effectuée au genou droit, *l'assurée* était âgée de 51 ans. Les radiographies effectuées le 19 décembre 2003, c'est-à-dire deux ans après l'arthroscopie avec résection méniscale sélective de la corne postérieure du ménisque interne et régularisation du ménisque externe, montrent une arthrose débutante des trois compartiments. Compte tenu de l'intervention subie en 2001 et le fait que l'arthrose soit logée aux trois compartiments parle en faveur d'un état pré-existant. Cet état a été mis à jour par la résonance magnétique et l'arthroscopie", et répète que l'arthrose débutante constatée radiologiquement en décembre 2003 ne peut pas expliquer une incapacité de travail et cela quelle que soit la profession exercée. Cette incapacité a, selon l'expert, une autre origine, indépendante des accidents des 9 octobre 2001 et 26 juin 2002.

11. Par décision du 4 mai 2004, l'assurance a mis fin au versement de l'indemnité journalière au 31 décembre 2002 et à la prise en charge des frais de traitement au 30 avril 2004. Elle a par ailleurs refusé le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

12. L'assurée a formé opposition le 4 juin 2004. Elle fait état des commentaires du Dr A_____ suscités par les compléments d'expertises du Dr B_____. Son médecin traitant déclare qu' "il est vrai que l'IRM pratiquée avant l'intervention décrit une chondropathie rotulienne modérée avec une ébauche ostéophytaire dans la partie externe, et une dégénérescence kystique du ménisque externe au niveau de sa portion moyenne. Il n'est toutefois pas décrit d'atteinte du cartilage fémoro-tibial. Par la suite, après le traitement chirurgical, la patiente avait subi une nouvelle IRM le 1er mars 2002 en raison de la persistance d'un syndrome douloureux dans le compartiment interne. Cet examen parle d'une chondropathie sur le versant interne de la rotule mais ne décrit pas de remaniement du signal osseux sous-chondral fémoro-tibial. Il décrivait une tranche de section au niveau du reliquat méniscal interne encore hétérogène. On pourra également lui opposer qu'il n'y a pas eu de

constat de chondropathie fémoro-tibiale au cours de l'intervention. Quant à l'argumentation que l'apparition de cette arthrose est liée à l'âge, on pourra lui opposer que la patiente ne souffre pas de l'autre genou et qu'en général lorsqu'une arthrose précoce apparaît à cet âge là, elle est souvent bilatérale. Donc, sa conclusion a un caractère quelque peu péremptoire lorsqu'il affirme que la relation de causalité entre l'accident et l'apparition de cette arthrose est improbable, voire seulement possible. Objectivement, cette évolution a un rapport de causalité qui est seulement possible, mais qui ne peut pas être improbable ni certain" (cf. courrier du 7 juin 2004).

13. La caisse-maladie, la CONCORDIA, a informé l'assurance le 13 juillet 2004 qu'elle retirait son opposition.

14. Par décision sur opposition du 17 janvier 2005, l'assurance a confirmé sa décision du 4 mai 2004.

15. L'assurée a interjeté recours le 7 avril 2005 contre ladite décision sur opposition. Elle joint à son courrier une nouvelle appréciation du Dr A_____, datée du 28 janvier 2005, qui persiste à contester que l'évolution arthrosique soit naturelle et spontanée puisque si tel était le cas, elle devrait aussi affecter de la même manière l'autre genou. L'assurée conclut préparatoirement à ce que le Dr A_____ soit entendu, à ce qu'une expertise médicale auprès d'un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique soit ordonnée et au fond, à annuler la décision du opposition du 17 janvier 2005.

16. Invitée à se déterminer, l'assurance a fait parvenir sa réponse au Tribunal de céans le 12 mai 2005. Elle considère en substance que l'accident du 9 octobre 2001, puis celui du 26 juin 2002 n'ont pas entraîné d'atteinte justifiant une incapacité de travail. Celle-ci est liée à l'état psychique, lequel n'est pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec les accidents.

17. Le Dr A_____ a été entendu en qualité de témoin le 11 octobre 2005. L'assurée n'a pu assister à l'audience en raison de son état de santé. Le Dr C_____, psychiatre traitant, a en effet attesté qu'elle souffrait d'angoisse et de dépression et que venir à l'audience serait trop stressant pour elle.

    Le Dr A_____ a déclaré "il est vrai que l'arthrose s'est développée dans le cas de l'assurée relativement vite, mais je pense que cela a été favorisé par le deuxième accident survenu en juin 2002. Je précise qu'il suffit d'une simple torsion pour qu'il y ait déchirure du ménisque. Je répète que s'il s'agissait de l'âge de la patiente, les deux genoux seraient atteints de la même façon. Il peut y avoir une légère asymétrie mais d'expérience je peux affirmer qu'en principe l'arthrose due à l'âge serait bilatérale.

J'ai été prudent dans mes affirmations concernant le lien de causalité entre l'arthrose et la méniscectomie d'une part et le deuxième accident d'autre part, parce qu'on ne peut pas savoir de façon sûre si dans quelque temps *l'assurée* ne développera pas une arthrose dans l'autre genou, mais je peux dire que la méniscectomie et le deuxième accident ont favorisé la formation d'une arthrose dans un seul genou. (…).

Après une méniscectomie en principe, les douleurs disparaissent après deux à trois mois. Ça n'a pas été le cas de *l'assurée*. Son état s'améliorait gentiment mais pas aussi rapidement qu'on aurait pu s'y attendre en raison d'une tendinite de la patte d'oie. Sans le second accident de juin 2002, elle aurait pu continuer son activité à 50%, voire à 100%. (…). La déchirure du ménisque subie par *l'assurée* est de nature traumatique. Il est vrai que l'état dégénératif dû à l'âge pourrait contribuer à favoriser une déchirure mais je ne peux pas dire si tel a été vraiment le cas ou non. (…). Je confirme que chez *l'assurée,* l'arthrose se situe dans le compartiment interne, seules des petites lésions dégénératives étant visibles dans les deux autres compartiments".

18. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification

de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

Aux termes de l'art. 118 al. 1er LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 29 novembre 2002, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

   En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Déposé dans la forme imposée par la loi, le recours est donc recevable.

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée au versement d'indemnités journalières au-delà du 1er janvier 2003.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

   Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être

qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

7. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a).

8. En l'espèce, il s'agit d'établir s'il existe un lien de causalité naturelle entre les douleurs dont souffre l'assurée au genou droit et les accidents des 9 octobre 2001 et 26 juin 2002, et si ces douleurs engendrent une incapacité de travail au-delà du 1er janvier 2003.

   Cet examen s'apprécie sur la base des constatations médicales.

   S'agissant de la question de l'appréciation des preuves, le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA 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 d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérées comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'objectivité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références citées).

   Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

9. Selon le rapport d'expertise réalisé par le Dr B_____ le 27 août 2002, complété les 4 mars et 26 avril 2004, il existe un lien direct entre les deux accidents des 9 octobre 2001 et 26 juin 2002 et l'état du genou droit.

   Le Dr B_____ considère cependant qu'aucune incapacité de travail ne se justifie plus sur le plan somatique au moment de son expertise en août 2002. Or, le lien de causalité naturelle doit être nié lorsque l'état antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident.

   S'agissant de l'arthrose débutante constatée en décembre 2003, il a indiqué qu'un tel lien est improbable, voire seulement possible. Il considère en effet que l'arthrose n'est pas en rapport avec la méniscectomie subie à la suite du premier accident, mais plutôt avec une usure naturelle due à l'âge.

   L'assurée conteste cette conclusion. Elle se fonde sur les conclusions de son médecin traitant selon lequel, si tel était le cas, les deux genoux seraient atteints de la même façon.

Il y a toutefois lieu de relever que même le médecin traitant reste prudent dans ses affirmations concernant le lien de causalité entre l'arthrose et la méniscectomie d'une part et les accidents dont elle a été victime d'autre part. Dans son courrier du 26 septembre 2002, notamment, il précise que l'accident du 26 juin 2002 reste la cause la plus vraisemblable de l'incapacité de travail actuelle, tout en ajoutant que s'y ajoute un élément de dépression réactionnelle à la récente perte de son emploi. Dans son rapport du 15 mars 2004, il admet que l'état dépressif aggrave le ressenti du syndrome douloureux. Dans un commentaire daté du 7 juin 2004 des compléments d'expertise apportés par le Dr B_____, il déclare enfin que l'évolution a un rapport de causalité "qui est seulement possible mais qui ne peut pas être improbable ni certain". Interrogé par le Tribunal de céans sur cette réserve, il a indiqué que "j'ai été prudent dans mes affirmations concernant le lien de causalité entre l'arthrose et la méniscectomie d'une part et le deuxième accident d'autre part, parce qu'on ne peut pas savoir de façon sûre si dans quelque temps *l'assurée* ne développera pas une arthrose dans l'autre genou, mais je peux dire que la méniscectomie et le deuxième accident ont favorisé la formation d'une arthrose dans un seul genou".

Or, une simple possibilité est insuffisante pour admettre l'existence d'un fait. Par conséquent, la seule allégation du Dr A_____ ne saurait suffire pour infirmer les conclusions de l'expert, dont le rapport doit au demeurant se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'arthrose du genou droit doit par conséquent également être nié.

Il n'est, partant, pas nécessaire d'examiner si la causalité adéquate est donnée, ni pour l'état du genou, ni pour l'arthrose.

10. Les deux experts, de même que le Dr A_____ dans une certaine mesure, estiment que les troubles psychiques ont engendré l'incapacité de travail.

Il y a dès lors lieu de déterminer si ces troubles auxquels faisait allusion le Dr B_____ et qui ont fait l'objet d'un examen approfondi par le Dr D_____, sont une conséquence des accidents.

Il résulte du rapport d'expertise de ce dernier que le tableau psychiatrique est clairement apparu suite au licenciement intervenu à la suite de l'accident du 26 juin 2002. Cet accident n'a en réalité constitué qu'un traumatisme mineur (contusion du genou), mais est survenu dans un contexte de licenciement économique que l'assurée n'a ni assimilé ni "mentalisé" de façon adéquate. A noter que le premier accident n'avait quant à lui été suivi d'aucun trouble. Selon l'expert, la causalité entre les troubles psychiques et les accidents ne peut ainsi être considérée comme vraisemblable.

11. Le lien de causalité naturelle étant nié, il est superfétatoire d'examiner s'il y a causalité adéquate entre les troubles psychiques ressentis par l'assurée et les événements accidentels.

12. C'est dès lors à juste titre que l'assureur a mis fin au versement des indemnités journalières à compter du 1er janvier 2003, étant encore précisé que la mise en œuvre de l'expertise orthopédique requise par l'assurée est superflue, le Tribunal de céans disposant de suffisamment d'éléments médicaux pour se déterminer et ayant entendu le Dr A_____.

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

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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