

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/983/2009

ATAS/1339/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 4 novembre 2009**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée c/o N \_\_\_\_\_, à  
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Jacques EMERY

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---



### **EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1966, a été placée en juillet 2007 par l'Office cantonal de l'emploi dans un établissement médico-social en qualité d'aide-lingère. A ce titre, elle était assurée auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 15 février 2008, l'assurée a chuté et s'est tapé le genou droit contre les marches d'un escalier. En dépit des douleurs, l'assurée a continué à travailler.
3. Le 18 mars 2008, l'assurée s'est rendue à la Permanence de Cornavin, où le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a constaté des douleurs invalidantes au genou droit. Depuis lors, l'assurée a été incapacité de travail totale.
4. Par rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a constaté, sur la base d'une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM), une déchirure « grade II » de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une lésion ostéochondrale assez étendue sous le condyle fémoral antérieur au niveau de la gorge trochléenne.
5. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
6. Par rapport du 15 juillet 2008 adressé à l'assureur, le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lésion complexe au genou droit. Une intervention chirurgicale était proposée.
7. Lors d'un entretien avec l'assureur le 6 août 2008, l'assurée a expliqué qu'avant le 15 février 2008, elle avait été victime de plusieurs chutes sur le genou droit, sans gravité. Par contre, suite à la chute du 15 février 2008, le genou droit avait enflé et était devenu douloureux. Elle prenait encore des médicaments, avait interrompu les séances de physiothérapie car elles étaient inefficaces et l'incapacité de travail était totale, pour une durée indéterminée. Elle était suivie par un spécialiste à l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG) et l'éventualité d'une intervention chirurgicale devait encore être confirmée.
8. Le 12 août 2008, le médecin d'arrondissement de l'assureur a indiqué qu'il était vraisemblable que les troubles ayant nécessité des soins ainsi qu'une incapacité de travail dès le 18 mars 2008 soient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 15 février 2008.
9. Le 2 octobre 2008, l'assurée a subi un nouvel examen IRM du genou droit. Dans leur rapport du 3 octobre 2008, les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, spécialistes en radiologie auprès du service de radiologie des HUG, ont indiqué que l'examen n'avait révélé ni de lésion cartilagineuse grossière visible, ni d'autre lésion

pathologique. L'analyse du cartilage en regard de la partie antérieure des condyles fémoraux était limitée à cause des artéfacts.

10. Le 9 octobre 2008, l'assurée a indiqué à l'assureur qu'il n'y avait aucune évolution, le genou droit étant toujours fragile et douloureux. Elle se déplaçait à l'aide de cannes anglaises et l'incapacité de travail était totale. Elle ne connaissait pas les résultats du dernier examen IRM et était toujours dans l'attente d'une décision concernant l'intervention chirurgicale.
11. Par rapport du 11 octobre 2008 adressé à l'assureur, le Dr A\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'entorse grave au genou droit. L'assurée était en attente d'une intervention chirurgicale.
12. Le 13 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).
13. Par rapport du 3 novembre 2008 adressé à l'assureur, le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a expliqué suivre l'assurée depuis le 25 juin 2008 en raison de douleurs au genou droit d'origine indéterminée. Il a rappelé que l'assurée avait glissé le 15 février 2008 et s'était tapé le genou droit, à la suite de quoi elle ressentait des douleurs. Il a constaté une sensibilité de la face antéro-interne du genou droit, ce dernier étant stable au niveau frontal et sagittal. Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen IRM du 2 octobre 2008 était normal et indiqué que, selon lui, l'accident (ou les accidents) n'explique pas les douleurs. Aucune mesure thérapeutique n'avait été prise pour l'instant et le médecin se disait dans l'attente de l'avis de l'assureur. Enfin, selon le Dr E\_\_\_\_\_, au vu des douleurs indéterminées, on était en présence de facteurs particuliers susceptibles d'influencer défavorablement le cours de la guérison.
14. Le 8 décembre 2008, à la demande de l'assureur, l'assurée a été examinée par le Dr F\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'assureur et spécialiste FMH en chirurgie. Par rapport du même jour, ce médecin a constaté que la fonction du genou droit était maintenue et que ce dernier ne présentait aucune atteinte inflammatoire ou suspecte localement. En conclusion, vu l'absence de lésion traumatique identifiée et vu le temps écoulé, les conséquences de l'accident du 15 février 2008 étaient éteintes.
15. Par décision du 11 décembre 2008, l'assureur a mis fin au versement des prestations d'assurance au 31 décembre 2008, au motif que l'accident assuré ne jouait plus de rôle dans les troubles du genou droit présentés par l'assurée.
16. Par décision du 17 février 2009, l'assureur a rejeté l'opposition formée le 9 janvier 2009 par l'assurée. Il est d'avis que les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ ont pleine valeur probante et que l'assurée n'apporte aucun indice concret permettant de

retenir que la symptomatologie dont elle souffre est imputable à l'accident du 15 février 2008.

17. Par acte du 20 mars 2009, l'assurée, au bénéfice de l'assistance juridique et représentée par Maître Jacques EMERY, interjette recours contre la décision sur opposition, concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et au versement d'indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. La recourante explique qu'elle est en traitement auprès du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel poursuit les investigations et n'a pas encore posé de diagnostic définitif. Elle fait valoir que le genou droit a gardé les séquelles du traumatisme, qu'il est toujours enflé et qu'elle doit s'aider d'une canne pour marcher. Selon la recourante, ces éléments sont des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr F\_\_\_\_\_. La recourante produit en outre une communication établie le 12 mars 2009 par l'OCAI, selon laquelle les mesures de réadaptation ne sont pas possibles en raison de son état de santé. De l'avis de la recourante, l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ entre donc en contradiction manifeste avec la décision de l'OCAI du 12 mars 2009, étant précisé que seules les lésions du genou droit affectent son état de santé. En conclusion, la recourante estime qu'il y a dès lors lieu de déterminer si son atteinte à la santé est la conséquence exclusive ou partielle de l'accident du 15 février 2008, ce d'autant plus qu'aucune explication valable n'a été donnée concernant les limitations fonctionnelles qu'elle présente.
  
18. Dans sa réponse du 26 mai 2009, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle explique que l'examen clinique effectué par le Dr F\_\_\_\_\_ n'a permis d'objectiver aucune atteinte du genou, tout comme l'examen IRM pratiqué le 2 octobre 2008. Par ailleurs, l'intimée explique avoir soumis le cas à son service de médecine des assurances afin d'éclaircir la différence existant entre les IRM effectuées en avril et en octobre 2008. Dans une appréciation datée du 15 mai 2009, à laquelle l'intimée se réfère, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, explique n'avoir décelé, au vu de l'IRM effectué le 2 octobre 2008, qu'une minuscule lésion, qu'il aurait tout au plus défini comme étant de grade I, mais en aucun cas de grade II tel que retenu par le Dr B\_\_\_\_\_. Il précise que selon les recommandations doctrinales, la modicité de cette atteinte commande de ne pas retenir de lésion, ce qui expliquait vraisemblablement les appréciations des Drs E\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ formulées au regard des clichés d'octobre 2008. Le Dr H\_\_\_\_\_ explique par ailleurs qu'une lésion méniscale, même si elle atteint le grade II, ne correspond pas à une déchirure (lésion de grade III) et, surtout, est asymptomatique. Il précise à cet égard que seules les lésions de grade III peuvent être symptomatiques. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée est d'avis que les plaintes de la recourante ne peuvent pas être rattachées à une atteinte à la santé objectivée, en particulier à une lésion du genou. Les effets délétères de l'accident doivent donc être considérés comme éteints au 8 décembre

2008 et aucune opinion divergente n'a été émise sur la rémission des effets déléatoires. C'est donc à juste titre que les prestations d'assurance ont pris fin au 31 décembre 2008.

19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. La 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

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

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était en droit de mettre un terme au versement des prestations d'assurance au 31 décembre 2008. Il s'agit, en particulier, de déterminer s'il subsiste un rapport de causalité entre les troubles dont souffre la recourante au genou droit et l'événement accidentel assuré, au-delà du 31 décembre 2008, date jusqu'à laquelle de telles prestations ont été versées.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

---

professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

6. 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 consid. 2 et la référence), 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 264 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/04 du 14 octobre 2004 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 159/04 du 4 octobre 2004).

7. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. 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). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

b) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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. 5a).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une

---

étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine 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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 353 ss. consid. 3b/ee). 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 351 consid. 3b/bb et cc).

8. En l'occurrence, la recourante est d'avis que les douleurs qu'elle présente encore au genou droit sont dues à l'accident assuré. Pour sa part, l'intimée soutient, en se référant à l'avis des Drs F\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ que les plaintes de la recourante ne sont plus dues à l'accident.

Il résulte des pièces versées au dossier que suite à la chute survenue le 15 février 2008, la recourante a présenté des douleurs au genou droit. Dès le 18 mars 2008, l'assurée a été en incapacité de travail totale et une déchirure de grade II de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une lésion ostéocondrale sous le condyle fémoral antérieur ont été constatées par le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie (rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008). Dès le 25 juin 2008, la recourante a été suivie par le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, lequel a requis un nouvel examen IRM du genou droit, effectué le 2 octobre 2008. Cet examen n'a alors révélé aucune lésion cartilagineuse ni d'autre lésion pathologique (rapport du 3 octobre 2008 des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, médecins spécialisés en radiologie).

Au vu de ces derniers constats radiologiques, l'intimée a alors soumis la recourante a un examen effectué par le Dr F \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie. Par rapport du 8 décembre 2008, le Dr F \_\_\_\_\_ a constaté que la fonction du genou droit était maintenue, qu'il n'y avait aucune atteinte inflammatoire ou suspecte localement, que l'examen radiologique n'avait révélé aucune lésion traumatique, de sorte que les conséquences de l'accident du 15 février 2008 étaient, selon lui, éteintes.

Au status, ce médecin a notamment indiqué que les membres inférieurs ne présentent aucun trouble dystrophique, aucune amyotrophie, aucune rougeur ou signe inflammatoire ou épanchement au niveau du genou droit. L'accroupissement était complet, l'agenouillement se faisait sans problème et le rétablissement en position verticale s'effectuait sans difficulté. L'appui monopodal était bien réalisé des deux côtés et le sautillerment était bien exécuté et sans douleur. La marche sur la pointe et les talons était réalisée, mais avec des grimaces. La marche sans cannes se faisait avec une discrète boiterie d'évitement au niveau du membre inférieur droit. La recourante alléguait des douleurs au niveau sous-rotulien et en direction de l'interligne interne droit. Il n'y avait cependant aucune rougeur, aucune bursite pré-rotulienne, aucun épanchement. Au testing ligamentaire, le genou ne présentait aucune laxité, ni antéropostérieur, ni latéral. Il n'y avait pas eu de choc rotulien qui pourrait faire suspecter un épanchement. La recourante avait par ailleurs rappelé qu'elle n'avait jamais eu de torsion de son genou droit. Enfin, l'examen du genou gauche était symétrique.

Le Tribunal de céans constate que le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ se fonde sur un examen médical complet du genou droit et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du dossier radiologique et médical. La description du contexte et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Enfin, les conclusions sont dûment motivées.

Le Tribunal de céans relève en outre que l'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_ est par ailleurs corroborée par celle des Drs E \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_. Ainsi, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin ayant suivi la recourante depuis le 25 juin 2008, n'a diagnostiqué aucune atteinte à la santé et est d'avis que l'accident n'explique pas les douleurs dont se plaint la recourante (rapport du 3 novembre 2008). Quant au Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès du service de médecine des assurances de l'intimée, a expliqué de manière détaillée et convaincante dans son rapport du 14 mai 2009, pour quelles raisons les Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ n'ont pas confirmé les diagnostics posés par le Dr B \_\_\_\_\_. Le Dr H \_\_\_\_\_ estime à cet égard que l'IRM du 2 octobre 2008 commande de ne retenir aucune lésion méniscale, voire tout au plus une lésion de grade I, mais en aucun cas le grade II retenu par le Dr B \_\_\_\_\_. Le Dr H \_\_\_\_\_ note en outre que, quoi qu'il en soit, même si une lésion de grade II

avait été constatée, celle-ci n'aurait pu expliquer les douleurs ressenties par la recourante, dans la mesure où seules les lésions de grade III sont symptomatiques.

De surcroît, le Tribunal de céans constate qu'aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du Dr F\_\_\_\_\_.

La recourante conteste les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ en faisant valoir que depuis la survenue de l'accident assuré, elle ressent des douleurs au genou droit, lequel présente une inflammation persistante ainsi que des difficultés de mobilité. Le Tribunal de céans relève cependant qu'aucun des médecins consultés n'a fait état d'une inflammation du genou droit ou de limitations fonctionnelles. Quoi qu'il en soit, on ne saurait retenir que les troubles dont se plaint la recourante sont dus à l'accident au seul motif que la recourante ne souffrait pas de tels troubles avant cet événement, du moment que cette déduction repose sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc », lequel ne suffit pas à fonder un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 341 s. consid. 2b/bb).

La recourante estime en outre que les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ sont contredites par l'avis de l'OCAI, ce dernier considérant que des mesures de réadaptation ne sont pas possibles en raison de l'état de santé de la recourante (communication du 12 mars 2009). En l'occurrence, même à supposer que l'instruction médicale effectuée par l'OCAI porte uniquement sur les troubles au genou droit dont se plaint la recourante - ce qui n'est pas établi en l'espèce - , l'avis de l'OCAI ne permet nullement de retenir que les plaintes de la recourante soient dues à l'accident assuré. Quoi qu'il en soit, et contrairement à ce que pense la recourante, la communication de l'OCAI ne saurait être décisive pour l'issue du présent litige, celle-ci étant postérieure à la notification de la décision sur opposition litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Sur le vu de ce qui précède, le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document de sorte que l'intimée s'est fondée à bon droit sur celui-ci.

Enfin, la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion préalable de la recourante doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante ne présente pas, au-delà du 31 décembre 2008, d'atteinte à la santé au genou droit qui soit due à l'accident du 15 février 2008.

9. Mal fondé, le recours sera par conséquent rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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