

# **GE\_GERICHTE ATAS/1016/2018 vom 1. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1016\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1016_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1016/2018 du 1 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1016/2018 del 1 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Le 23 avril 2018, l'assurée a interjeté recours en matière de droit public par devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt de la chambre de céans précité, en concluant à son annulation, à l'octroi d'indemnités journalières pleines et entières au-delà du 2 novembre 2015 et de prestations sous forme de soins, ainsi qu'au remboursement des frais au-delà du 28 février 2016, sous suite de dépens.

### **E. 3**

Le 13 juin 2018, l'assurée a également saisi la chambre de céans d'une demande de révision de l'arrêt précité, en concluant à son annulation, à l'octroi d'indemnités journalières pleines et entières, de prestations pour soins et au remboursement des frais au-delà du novembre 2015, sous suite de dépens. Elle a allégué avoir eu accès à de nouveaux éléments de preuve, après la notification de l'arrêt du 1er mars 2018, permettant d'établir un lien de causalité entre l'accident, d'une part, et ses atteintes à l'épaule, au coude et à la cheville droits, ainsi que les cervicalgies et les lombalgies, d'autre part. En effet, le Dr B\_\_\_\_\_ lui avait transmis seulement le 20 mars 2018 les rapports du 6 novembre 2017 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ainsi que le rapport du 30 octobre 2017 relatif à une SPECT-CT (Single Photon Emission Computed Tomography) et à une scintigraphie osseuse planaire réalisée le même jour. Le 25 avril 2018, la demanderesse avait pu obtenir du Dr D\_\_\_\_\_ deux extraits de son dossier datant du 21 janvier et du 16 décembre 2015. Il ressortait du premier extrait que la demanderesse s'était plainte de douleurs au pied droit et que le Dr D\_\_\_\_\_ avait décidé d'attendre pour procéder à des examens complémentaires. Dans le second extrait figuraient des plaintes de la demanderesse s'agissant de son épaule, l'avant-bras et le poignet droits. Courant mai 2018, la demanderesse avait pu obtenir une note du Dr D\_\_\_\_\_ relative aux consultations de l'année 2015 dont il ressortait qu'elle avait continué à se plaindre

A/3995/2017 - 3/16 - de sa cheville droite en février, avril, mai et juin 2015. Des notes manuscrites du Dr D\_\_\_\_\_ pour l'année 2014, auxquelles la requérante n'a eu accès que fin mai 2018, ressortait qu'elle n'avait pas cessé de se plaindre de douleurs à l'épaule droite. Par ailleurs, dans son rapport du 28 mars 2018, Madame E\_\_\_\_\_, rééducatrice, retenait notamment une névralgie fémoro-poplitée incessante des branches calcanéennes médiales ainsi que du nerf plantaire médial avec allodynie mécanique. Madame F\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a relevé dans son rapport du 3 avril 2018 que la demanderesse se plaignait de douleurs au genou, à la cheville droite, à la nuque, dans la région lombaire et du coude droit. L'IRM du 17 avril 2018 faisait état de signes de tendinopathie insertionnelle du tendon commun des fléchisseurs associés à des signes de péri-tendinite, avec infiltration œdémateuse péri-tendineuse et œdème de l'épicondyle médial. Dans son rapport du 17 avril 2018, la docteure G\_\_\_\_\_ a relevé une épitrochléalgie importante du coude droit et un

syndrome irritatif du nerf cubital avec un Tinel positif. Par ailleurs, la flexion du coude déclenchait des paresthésies des doigts 4 et 5 en moins de cinq secondes. Selon la demanderesse, si la chambre de céans avait eu accès aux notes de consultations du Dr D\_\_\_\_\_ de 2014 et 2015, elle n'aurait pu que constater l'apparition des plaintes au niveau de l'épaule, du coude et du pied droits dans les suites de l'accident, ainsi que leur persistance à ce jour. Les rapports du 30 octobre et du 6 novembre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_ confirmaient l'atteinte à la cheville, ainsi qu'un status post-entorse de cette articulation. La demanderesse n'avait pu être informée du contenu de l'existence du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2017, du scanner et de la scintigraphie du 30 octobre 2017 que par courriel du Dr B\_\_\_\_\_ du 20 mars 2018. Si la chambre de céans avait eu connaissance de ces rapports, elle n'aurait pas écarté les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_ au motif que celles-ci étaient isolées. Les rapports des 28 mars et 3 avril 2018 détaillaient la gravité et la persistance de l'atteinte à la cheville et au pied droits. L'atteinte au pied expliquait également la persistance des troubles du genou, de la nuque et du coude, ainsi que de la région lombaire. La gravité des atteintes au coude droit nécessiterait par ailleurs une intervention.

#### **E. 4**

A l'appui de sa demande, la requérante a transmis différentes pièces.

Par courrier du 20 mars 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ lui a transmis le rapport du Dr C\_\_\_\_\_.

La SPECT/CT et la scintigraphie osseuse planaire avec perfusion du 30 octobre 2017 objectivait une hyperactivité focale au niveau du ligament tibio-fibulaire de la cheville droite évoquant une enthésopathie, une hyperactivité focale du tarse du pied droit inter-cunéiforme C1-C2 et cunéo-métatarsienne C1-MTS2 évoquant une contrainte d'ordre mécanique, et une arthrose hyperactive métatarso-sésamoïdienne prédominant sur le versant interne de l'avant-pied droit.

Selon le rapport du 6 novembre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, la demanderesse l'avait consulté en raison de douleurs persistantes à la cheville droite, après une entorse survenue en 2014, dans le cadre d'un accident de la voie publique. A l'examen

A/3995/2017 - 4/16 - clinique, il a constaté des douleurs diffuses au niveau de la cheville droite et une hyperpathie assez nette. Les divers tendons testés autour de la cheville étaient normaux et il y avait une bonne mobilité tibio-tarsienne et sous-astragalienne, sans hyperlaxité ligamentaire externe de la cheville. Les examens radiologiques et un Spect-CT ne montraient pas de lésion ostéochondrale du dôme du talus, ni de lésion ligamentaire, à part une enthésopathie du ligament tibio-fibulaire droit. Cela était en corrélation avec l'IRM de la cheville droite du 19 avril 2017 qui se révélait pratiquement normale. La demanderesse souffrait ainsi de séquelles d'une entorse de la cheville droite avec peut-être une composante de type algodystrophie de Sudeck, un peu frustré. Aucune lésion n'était objectivement démontrable qui nécessiterait une prise en charge spécifique.

Dans son courriel du 7 mai 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé la demanderesse qu'il ignorait complètement où son dossier de 2014 pourrait se trouver. De mémoire, il pouvait dire qu'en 2014, le genou et l'épaule avaient été investigués à fond (plusieurs IRM), les autres lésions ne s'étant révélées que par la suite.

Par courriel du 16 mai 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé l'assurée que son dossier papier malheureusement non scanné avait été déposé à Magellan en archives et qu'elle pouvait

venir à la réception récupérer les photocopies de ses notes manuscrites relatives aux consultations pour accident de septembre à décembre 2014.

Selon le rapport du 28 mars 2018 de Mme E\_\_\_\_\_, la demanderesse lui avait été adressée le 30 janvier 2018 pour un bilan sensitif de la cheville droite, touchée lors d'un accident survenu le 26 septembre 2014, afin d'être traitée par la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Elle présentait toujours des douleurs neuropathiques (au repos EVA 5-6/10, constantes, tapantes avec brûlures et ne supportait pas le contact des draps) au niveau de la face externe de la cheville jusqu'au milieu du segment jambier, de la face interne de la cheville dans la région périmalléolaire, du talon et du bord interne du pied. Mme E\_\_\_\_\_ a émis comme hypothèse de travail : névralgie fémoro-poplitée incessante des branches calcanéennes médiales ainsi que du nerf plantaire médial avec allodynie mécanique.

Une IRM du 17 avril 2018 du coude, de la main et du poignet droits mettait en évidence, à la main droite, une synostose luno-triquétrale, un minime œdème du tubercule du trapèze et une synovite métacarpo-phalangienne des 1er, 2ème et 3ème rayon. Au coude droit, cet examen confirmait des signes de tendinopathie insertionnelle du tendon commun des fléchisseurs associés à des signes de péri-tendinite avec infiltration œdémateuse péri-tendineuse et œdème de l'épicondyle médial. Il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire décelable.

Dans son rapport du 17 avril 2018, la Dresse G\_\_\_\_\_ du centre de chirurgie et thérapie de la main a rapporté avoir vu la demanderesse le 4 avril 2018 dans le contexte d'une suite d'accident du 26 septembre 2014. Son examen mettait en évidence une épitrochléalgie importante du coude droit et un syndrome irritatif du

A/3995/2017 - 5/16 - nerf cubital avec un Tinel positif à son passage sous le muscle fléchisseur ulnaire du carpe. La flexion du coude déclenchait des paresthésies des doigts 4 et 5 en moins de cinq secondes. La demanderesse décrivait également des douleurs centrées sur le tubercule du trapèze à la paume de sa main droite depuis son accident. Ce médecin a ensuite repris les conclusions de l'IRM du coude et de la main. L'épitrochléalgie nécessitait une prise en charge chirurgicale. Selon les dires de la patiente, elle n'avait jamais eu de douleur à son coude avant l'accident de 2014. De l'avis de la Dresse G\_\_\_\_\_, une cause post-traumatique de son épitrochléalgie associée au syndrome irritatif du nerf ulnaire était possible. Concernant la main, une infiltration pourrait éventuellement être proposée et en cas d'échec une prise en charge chirurgicale. Le lien de cause à effet de la tendinite par rapport à l'accident de 2014 était possible suite à un impact direct sur la paume de la main. Cela était toutefois difficile de le prouver.

Par courriel du 27 avril 2018, la demanderesse a indiqué au Dr D\_\_\_\_\_ qu'elle était toujours à la recherche de son dossier et lui a demandé de lui donner l'accord de se faire remettre une copie de celui-ci.

Du dossier du Dr D\_\_\_\_\_, finalement retrouvé, il ressort ce qui suit : - Lors de la consultation du 29 septembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté concernant l'épaule notamment ce qui suit : « Epaule G [D] : avait déjà eu problèmes avant reprises de douleurs + fortes (majorées par [illisible]) el. ant. 60° Lat 50° au-delà douleurs ». Il n'y avait par ailleurs pas de signe de la coiffe des rotateurs ni de lésion osseuse sur l'examen radiologique. - Pour les consultations du 11, 20 et 28 novembre 2014, seuls les problèmes de genou sont mentionnés. Il en va de même pour les consultations des 4 et 18 décembre 2014. - Le 16 décembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté dans le dossier de la demanderesse : « Epaule D,

a.bras D Depuis qq temps, DL mécaniques lors des mvts de grande amplitude (étendre lessive) et en porte à faux (souris d'ordinateur). C'est un peu l'épaule mais presque plus face palmaire a.bras et poignet. Surtout si crispe la main. A arrêté antiinfl. du genou et peut-être c'est un peu ça aussi. Pas d'acroparesthésies nocturnes mais une gêne aussi la main. Epaule : élév. ant. 130, lat sans Rot ext. 60, interne pouce L3, Dl très minime sur coiffe face ant. et supraép. un peu + sur biceps. Minimales signes d'impingement.

A/3995/2017 - 6/16 - Pression a.bras distal et T.carpien DL pas de territoire d'hypoesthésie typique. Aussi DL en avant de l'épitrôclée. Phalen : entraîne DL. Pression focale aussi. L'écho ne montre qu'une atteinte très minime du supraspinatus, sans autre lésion. Conflit sous-acr. mineur épaule D. Probable syndrome tunnel carpien et/ou synovite fléchisseurs. Attelle nocturne. En R, infiltr., EMG. On explique la modicité des signes sur l'épaule ne pouvait pas expliquer les symptômes à distance. 1 ATTELLE POIGNET D ». - Lors de la consultation du 21 janvier 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté ce qui suit : « accident renversée par voiture 26.9.14 avec entorse grave genou D. Tt conservateur, attelle, cannes, physio. IRM contrôle déc 2014 encore lésions LCA et LLI non cicatrisées. Autorééducation + physio. Va de mieux en mieux. A pu arrêter attelle à dom. marche avec 1 canne sans attelle épanchement persistant, choc rotulien F/E 75/15/0, DL si on force en F ou en E, ressentie comp. interne. Tjs petite douleur insertion Prox LLI et patellaire inf. du retinaculum int. Bonne stab. AP, pas de lachman. En valgus, test un peu plus fort: pas d'ouverture, ou légère du fait que genou pas en extension. Pas de craquements ni blocages. Parle aussi de douleur au pied D, palpation DL exquise sous CN1-MT1 avec « dureté » locale mais artic. bien mobile sans douleur. D: ?? Avait eu RX au HUG sp. Attente, pas d'IRM pour l'instant. entorse grave genou D. Evol. lentement favorable. Evt imagerie pied et supports plantaires. Un [recte En] principe et sous réserve de complication, pas d'intervention nécessaire. Suite physio. 100 % du 21.01.2015 au 04.02.2015 » - Lors de la consultation du 4 février 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté dans son dossier : « consultation contrôle anamnèse Début piscine le 9.2 (entretien) puis dans l'eau 10 et 11.2 status 1 canne, démarche assez fluide

A/3995/2017 - 7/16 - exa. orthopédique pas vraiment progrès p/r à précédente. Tjs épanchement important, douleur forte palpation comp.int. F/E 75/10/0 sur table, 80-85 assise au bord. Périm 44 en suprarotulien. Parle de sa cheville diagnostic Entorse grave genou avec pour l'instant évolution difficile. attitude Physio en piscine. Drainage au compte LaMal. Si pas de progrès, il faut ponction infiltr. Revoir IRM. » - Le 15 avril 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a noté : « consultation Plusieurs problèmes, genou, talon D, hanche D anamnèse Hanche: DL mécaniques selon positions, mais irradiant lég. s/fesse/cuisse et aussi EIAS et arcade crurale. Talon: a dû consulter en urg.son MT on parle d'infl. du tendon. exa. orthopédique Hanche: parfaite mobilité, très peu de DL. Mais DL EIAS et s/début SPE et Lasègue nég. Pied: à la forte pression du talon, vers enthèse calc. et sur le 1er rayon de la fascia, douleur évoquant fascéite Genou: tjs petit épanchement, pas trop de DL sur LLI, F env. 130. dianostic Talagie plant. et sciatalgie en + de l'entorse. attitude Explic. que diagn. suppl. pas pris en charge par SUVA. Suite physio « en cabine » du genou, chez son physio du GdLancy, encore accès au fitness Praille qq fois pour faire vélo, attention si selle dure car appui sur nerf arrêt de travail 100 % du 15.04.2015 au 30.04.2015 » - Le 30 avril 2015, il a noté : « consultation dernier contrôle anamnèse Globalement assez bien. Parfois qq petites DL ciblées, le physio pense que c'est rétractions. La plus grosse diffic. c'est lors de la flexion 40 deg + monopodal en descente escaliers. exa. orthopédique Marche sans boiter. épanchement très iscret avec minichoc rotulien. F/E 120/0/0, à G 140/0/10. Petite élasticité

du LLI en valgus/extension (pas à G). Mais pas de lachman. Petit point DL région corne ant. mén.ext et cartilage condyle fémoral. Tjs un peu talalgie plantaire, hanche souple bien mobile, n'a plus la sciatalgie.

A/3995/2017 - 8/16 - attitude Pas de nécessité d'imagerie (c'était sa question). Dernière série physio. Expliqué les méandres adm. à parcourir en cas de rechute. Prévenue que viscospot pas obligatoirement à charge de la SUVA, essayez mais sans garantie. arrêt de travail 100 % du 30.04.2015 au 03.05.2015 0% dps 04.05.2015 médicaments 1 PAIRE TALONNETTES VISCOSPOT R+L BAUERFEIND » - Lors de la consultation du 28 mai 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné concernant le pied « DL exquisite insertion post fascia plant. irradiant le long du 1er rayon. Ressent des brûlures mais perc. tunnel tarsien s.p. et pas de troubles sensitifs. diangostic Susp lésion méniscale non instable mén. int et/ou chondrale comp. int. Fascéite plantaire ». - A la consultation du 3 juin 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a notamment mentionné « Examens du pied D : rien d'objectif, on décrète que DL irradiées ».

#### **E. 5**

Par ordonnance du 19 juin 2018, le Tribunal fédéral a suspendu la procédure de recours de la demanderesse jusqu'à droit connu sur la demande de révision cantonale.

#### **E. 6**

Dans son appréciation chirurgicale du 5 septembre 2018, la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie au centre de compétence de la SUVA, a contesté, après examen des nouveaux documents médicaux produits par la demanderesse, que la pathologie à la cheville, le conflit sous-acromial de l'épaule droite, le syndrome du tunnel carpien et la synovite des fléchisseurs à droite constituaient des séquelles de l'accident du 26 septembre 2014. A aucun moment, le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait évoqué une problématique de la cheville. Il avait uniquement fait état de douleurs au pied droit sous forme de talalgie, soit d'une douleur au talon qui est due à des causes mécaniques ou à une maladie. Le conflit sous-acromial, le syndrome du tunnel carpien et une synovite des fléchisseurs à droite avaient également pour origine une maladie. Par ailleurs, le conflit sous-acromial était déjà connu au moment de l'accident. Enfin, aucun des intervenants n'attestaient d'un poignet douloureux. Le rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ et le Spect-CT du 30 octobre 2017 n'apportaient pas non plus des éléments en faveur d'une séquelle de l'accident sous forme de troubles de la cheville. Il était en outre fait état d'une enthésopathie à caractère inflammatoire, de surcroît bilatérale. Les douleurs étaient diffuses et non en regard du ligament tibio-fibulaire. Il y avait enfin un intervalle de trois ans entre la consultation spécialisée, la réalisation du Spect-CT et l'événement du 26 septembre 2014.

#### **E. 7**

Dans sa réponse du 10 septembre 2018, la défenderesse a conclu à l'irrecevabilité de la demande de révision, subsidiairement à son rejet, sous suite de dépens. La demanderesse ne démontrait pas qu'elle n'aurait pas été en mesure d'invoquer les

A/3995/2017 - 9/16 - moyens de preuve dans la précédente procédure. Elle était tenue de participer activement à l'établissement des faits. Or, elle avait attendu une consultation en avril 2018, soit postérieure à l'arrêt du 1er mars 2018 de la chambre de céans, pour obtenir l'entier de son dossier auprès du Dr D\_\_\_\_\_. Elle aurait pu s'enquérir plus tôt de l'existence de ses documents et les produire déjà en procédure administrative. S'agissant

des rapports des 30 octobre et 6 novembre 2017 transmis par le Dr B\_\_\_\_\_ le 20 mars 2018, la demanderesse devait avoir connaissance à tout le moins de leur établissement, dès lors que ces rapports faisaient suite à des examens médicaux (imagerie respectivement consultation). Le fait que le Dr B\_\_\_\_\_ ne lui eût remis ces documents qu'en mars 2018, ne justifiait pas de ne pas avoir sollicité le Dr C\_\_\_\_\_ à leur sujet, comme elle avait par ailleurs interpellé les Drs B\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure précédente. Partant, la demande de révision était irrecevable, en l'absence de moyens de preuve nouveaux propres à justifier une révision. De surcroît, les nouvelles pièces médicales ne permettaient pas une appréciation différente. Selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2017, la cheville se révélait dans les limites de la norme, à l'exception de douleurs diffuses et d'un pied plat en valgus de type II. Le Spect-CT du 30 octobre 2017 ne montrait pas de lésion ostéochondrale du dôme du talus ni de lésion ligamentaire, à part une enthésopathie du ligament tibio-fibulaire droit. La bilatéralité de l'enthésopathie, sans caractère inflammatoire, les douleurs diffuses et l'intervalle du temps, de trois ans, confirmaient l'absence de relation de causalité entre l'accident et les troubles de la cheville droite, selon la Dresse H\_\_\_\_\_.

## E. 8

Dans sa réplique du 3 octobre 2018, la demanderesse a persisté dans ses conclusions. La défenderesse passait sous silence que la demanderesse n'avait pas pu obtenir son dossier du Dr D\_\_\_\_\_ avant la notification de l'arrêt du 1er mars 2018 en raison d'une erreur d'archivage. Le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 6 novembre et le rapport relatif à l'IRM du 30 octobre 2017 ne lui avaient été transmis que le 20 mars 2018. Elle ne pouvait pas deviner le résultat des examens de fin octobre 2017 et leur éventuelle pertinence pour la procédure. Il était également nécessaire de disposer des rapports de la Dresse G\_\_\_\_\_ et de l'IRM du 17 avril 2018, lesquels attestaient de la persistance et de la gravité des atteintes, en particulier au coude. Les nouvelles pièces permettaient ainsi de prouver les atteintes et leur gravité et constituaient de nouveaux moyens de preuve permettant d'étayer le lien de causalité entre l'accident et les atteintes à l'épaule, au coude et à la cheville droits. La demande était ainsi recevable. S'agissant du fond, elle a rappelé que les notes de consultation du Dr D\_\_\_\_\_ établissaient que les troubles de l'épaule avaient immédiatement suivi l'accident du 26 septembre 2014. Par ailleurs, le diagnostic du tunnel carpien avait formellement été écarté. Le Dr C\_\_\_\_\_ faisait état, dans son rapport du 6 novembre 2017 de séquelles d'une entorse avec une possible composante de type algodystrophie. Au demeurant, les conclusions de la Dresse H\_\_\_\_\_ n'étaient pas signées. Il s'agissait essentiellement d'un historique du dossier sans examen clinique. Ce médecin n'avait non plus discuté les rapports. Au vu de la complexité du cas, un examen clinique aurait été indispensable. La Dresse

A/3995/2017 - 10/16 - H\_\_\_\_\_ omettait en outre de prendre en compte les éléments importants et se limitait à reprendre uniquement ceux qui étaient en faveur de la défenderesse. S'agissant de l'épaule, la demanderesse avait déjà souffert à cette articulation dans les suites d'un accident antérieur à celui de septembre 2014, lequel avait été couvert par la défenderesse, de sorte que celle-ci devait également prêter pour l'aggravation de son état. La demanderesse a en outre contesté que l'atteinte à la cheville fût bilatérale, comme affirmé par la Dresse H\_\_\_\_\_. En effet, le Spect-CT s'était limité au pied droit et les conclusions faisaient état d'une hyperactivité focale au niveau du ligament tibio-fibulaire de la cheville droite évoquant une enthésopathie. On ne voyait pas comment une hyperactivité

focale à la cheville gauche sans Spect-CT pourrait être constatée. La Dresse H\_\_\_\_\_ omettait aussi de discuter des séquelles d'une entorse avec une possible composante de type algodystrophie, alors qu'il s'agissait d'éléments essentiels.

## **E. 9**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Selon l'art. 61 let. i de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou délit a influencé le jugement. A teneur de l'art. 89I al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), les demandes de révision sont formées conformément à l'art. 89B LPA. La LPGA renvoyant au droit cantonal s'agissant de la procédure devant la chambre de céans, il convient d'appliquer l'art 80 LPA. Aux termes de cet article, il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît : a) qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision; b) que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente; c) que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce; d) que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel; e) que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées. 2. La demande respecte le délai légal de trois mois dès la découverte du motif de révision, ainsi que les conditions de forme prescrites (art. 81et 89B LPA). 3. Quant au motif de révision, la requérante se prévaut de l'art. 80 let. b LPGA.

A/3995/2017 - 11/16 - Sont "nouveaux", selon la jurisprudence en la matière, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1). 4. En l'occurrence, la demanderesse allègue que les rapports produits avec sa demande constituent des moyens de preuve nouveaux qu'elle n'aurait pas pu produire dans la procédure précédente, et que ceux-ci permettent d'établir un lien de causalité entre son accident du septembre 2014 et les atteintes à l'épaule, au coude et à la cheville droits, voire les cervicalgies et les lombalgies. a. En ce qui concerne les extraits de son dossier médical du Dr D\_\_\_\_\_ de 2014 et 2015, la demanderesse fait valoir qu'elle n'a pas pu les produire

avant l'arrêt du 1er mars 2018. Les notes de consultations de l'année 2014 étaient notamment introuvables, ayant été mal classées. Toutefois, de la correspondance produite par la demanderesse ressort qu'elle n'a essayé de se procurer les extraits de son dossier médical auprès du Dr D\_\_\_\_\_ qu'après le 1er mars 2018. Il ressort en effet de son courriel du 26 avril 2018 qu'elle a obtenu deux extraits de son dossier la veille, lors d'une consultation. Puis ont suivi des courriels entre la demanderesse et le Dr D\_\_\_\_\_ pour retrouver les pièces manquantes de son dossier. Le 16 mai 2018, ce médecin informe la demanderesse que son dossier de 2014 a été trouvé et qu'elle peut le récupérer à son cabinet. La demanderesse a donc demandé à consulter son dossier médical établi par le Dr D\_\_\_\_\_ seulement après l'arrêt de la chambre de céans du 1er mars 2018, si bien que les extraits de ce dossier ne constituent pas des moyens de preuve nouveaux pour établir le lien de causalité allégué. Au demeurant, s'il s'était avéré durant la précédente procédure que la demanderesse avait des difficultés à obtenir une copie du dossier du Dr D\_\_\_\_\_, elle aurait pu demander à la chambre de céans

A/3995/2017 - 12/16 - un ou plusieurs délais pour le produire, que celle-ci n'aurait pas manqué de lui accorder. b. S'agissant du rapport relatif à l'examen Spect-CT et de la scintigraphie osseuse planaire de la cheville et du pied droits réalisée le 30 octobre 2017, la demanderesse aurait également pu se procurer le rapport relatif à cet examen bien avant l'arrêt du 1er mars 2018 de la chambre de céans, dès lors qu'il ne pouvait lui avoir échappé d'avoir subi cet examen. Au demeurant, il ne s'agit pas d'un moyen de preuve propre à établir le lien de causalité entre les atteintes à la cheville et au pied droits et l'accident du 24 septembre 2014. Cet examen permet uniquement de constater les atteintes actuelles. c. Quant au rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2017, la demanderesse aurait aussi pu demander ce rapport avant que l'arrêt litigieux ne soit rendu, indépendamment du fait que ce rapport ne constitue pas non plus un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité avec l'accident survenu, mais uniquement une nouvelle appréciation du même état de fait. d. Le rapport de Mme F\_\_\_\_\_ au Dr B\_\_\_\_\_ du 3 avril 2018 a été établi à la demande de la demanderesse, comme c'est mentionné dans ce rapport. Partant, en faisant preuve de la diligence requise, elle aurait pu obtenir ce rapport déjà avant l'arrêt querellé, si bien qu'il ne constitue pas non plus un moyen de preuve nouveau. e. Le rapport du 17 avril 2018 relatif à l'IRM réalisé à cette date du coude, de la main et du poignet droits, il permet uniquement de constater les atteintes actuelles à ces membres, mais non pas un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à ces membres. Ce rapport est donc impropre à prouver le fait litigieux dans la précédente procédure. f. Le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 17 avril 2018 a été établi suite à une consultation plus de trois ans après l'accident. Si ce médecin mentionne effectivement qu'elle est consultée dans le contexte d'une suite d'accident datant du 26 septembre 2014, elle se fonde manifestement sur les dires de la demanderesse ou sur les indications du Dr I\_\_\_\_\_. Ce rapport ne permet pas d'établir un lien de causalité entre l'accident et les atteintes du membre supérieur droit. Il s'agit d'une appréciation différente du même état de fait. g. Cela étant, il ne peut être admis que les pièces produites constituent des moyens de preuve nouveaux que la demanderesse n'aurait pas pu produire dans la précédente procédure, en faisant preuve de la diligence requise. Partant, la demande de révision est irrecevable. 5. En tout état de cause, indépendamment du fait que ces pièces médicales ne constituent pas des moyens de preuve nouveaux, ils ne permettent pas d'établir que les atteintes à l'épaule, au coude et à la cheville droits, ainsi que les cervicalgies et lombalgies présentent un lien de causalité avec l'accident.

A/3995/2017 - 13/16 - a. S'agissant de l'appréciation du rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, il sied de relever que le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est en outre pas en soi sans valeur probante, pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En l'occurrence, le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ a été établi en connaissance du dossier médical, comporte une anamnèse très complète (que la demanderesse qualifie de "historique") et comprend une appréciation approfondie du dossier médical avec des conclusions cohérentes et convaincantes. Cette appréciation ne contient pas de contradictions et n'est pas mise en doute par d'autres médecins. Un examen clinique ne paraît au demeurant pas nécessaire pour apprécier si les nouveaux rapports produits sont propres à établir un lien de causalité entre l'accident et les atteintes dont se prévaut la demanderesse. En l'absence d'indice permettant de douter du bien-fondé de cette appréciation, une pleine valeur probante peut lui être attribuée, sous réserve du manque de la signature. Toutefois, dès lors que la demande de révision est irrecevable, la chambre de céans renonce à inviter la défenderesse à produire le rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ signé par ses soins, d'autant plus que ce document n'est pas indispensable pour apprécier la situation médicale. b. Concernant l'épaule droite, il est noté dans le dossier du Dr D\_\_\_\_\_, lors de la consultation du 29 septembre 2014, que la demanderesse souffrait déjà de problèmes à ce membre avant cet accident. Les douleurs se sont de nouveau manifestées et sont plus fortes. Toutefois, lors des consultations des 11, 20 et 28 novembre 2014, ainsi que du 4 et 18 décembre 2014 et du 21 janvier 2015, les douleurs à l'épaule ne sont pas mentionnées. Le 16 décembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_

A/3995/2017 - 14/16 - indique uniquement, concernant l'épaule et l'avant-bras droits, que la demanderesse présente, depuis quelque temps, des douleurs mécaniques lors des mouvements de grande amplitude (étendre la lessive) et en porte-à-faux (souris d'ordinateur). Les douleurs se manifestent un peu à l'épaule, mais presque plus à la face palmaire de l'avant-bras et du poignet. Selon le Dr D\_\_\_\_\_, il s'agit d'un conflit sous-acromial mineur de l'épaule droite et probablement d'un syndrome du tunnel carpien et/ou une synovite des fléchisseurs. Les notes du Dr D\_\_\_\_\_ établissent effectivement que la demanderesse s'est plainte trois jours après l'accident de douleurs à l'épaule. Cependant, ce fait n'est pas totalement nouveau, dès lors qu'une IRM de l'épaule droite a été réalisée moins de trois semaines après l'accident, ce qui montre également que la demanderesse a

fait état de douleurs à cette articulation dans les suites de l'accident. En tout état de cause, même en reconnaissant que l'atteinte préexistante à l'épaule a été décompensée par l'accident, il conviendrait d'admettre avec la Dresse H\_\_\_\_\_ que cet accident a cessé de déployer ses effets délétères au moment où la défenderesse a réduit les indemnités journalières à 50% en novembre 2015, puis les a supprimées fin février 2016. Enfin, l'atteinte à l'épaule ne devrait pas constituer un obstacle à l'exercice d'une activité comme secrétaire-réceptionniste. Il sied de constater à cet égard que l'incapacité de travail après l'accident était uniquement motivée par les lésions au genou droit et les traitements n'ont concernés que ce genou, dans les mois qui ont suivi l'accident. c. Concernant la cheville, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne le 21 janvier 2015 dans son dossier «Parle aussi de douleur au pied droit, palpation douloureuse exquise sous [cunéo-naviculaire 1 – métatarses 1] avec dureté" locale mais articulation bien mobile sans douleur » et une « imagerie pied et supports plantaires ». Comme le relève à juste titre la Dresse H\_\_\_\_\_, il parle du pied et non de la cheville, ainsi que de supports plantaires et non d'une attelle comme un aircast préconisé pour une atteinte de la cheville. C'est uniquement lors de la consultation du 4 février 2015 que le Dr D\_\_\_\_\_ note "parle de sa cheville", sans autre commentaire. Le 15 avril 2015, il rapporte une talalgie plantaire et une sciatalgie en plus de l'entorse du genou. Il mentionne en outre avoir expliqué à la demanderesse que les diagnostics supplémentaires n'étaient pas pris en charge par la défenderesse, ce qui laisse supposer que ce médecin ne considère pas que ceux-ci soient dans un rapport de causalité avec l'accident. Le 30 avril 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ fait état de ce que la demanderesse souffre toujours un peu d'une talalgie plantaire et que la sciatalgie a disparu. Le 28 mai 2015, il mentionne que la demanderesse continue à ressentir une douleur, parfois aiguë, sous le talon du pied et une « douleur exquise insertion post fascia plantaire, irradiant le long du 1er rayon ». Seul le pied est de nouveau évoqué et les douleurs sont localisées sur la face plantaire et sur le premier rayon, et non sur la cheville. Les douleurs de la plante du pied sont aussi évoquées le 14 septembre 2015 par la Dresse J\_\_\_\_\_.

A/3995/2017 - 15/16 - Or, une talalgie plantaire ne saurait être assimilée à une pathologie de la cheville, comme l'expose de façon convaincante la Dresse H\_\_\_\_\_, et la seule mention, plus de quatre mois après l'accident, que la demanderesse évoque sa cheville est manifestement insuffisante pour en conclure qu'elle a subi une entorse à ce niveau lors de l'accident en cause, comme elle le fait valoir.

En tout état de cause, les examens radiologiques et le Spect-CT ne montrent pas de lésion ostéochondrale du dôme du talus, ni de lésion ligamentaire, à part une enthésopathie du ligament tibio-fibulaire droit, et l'IRM de la cheville droite du 19 avril 2017 est pratiquement normale. Aucune lésion n'est objectivement démontrable qui nécessiterait une prise en charge spécifique, selon le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2017. Quant à l'enthésopathie, il convient de retenir avec la Dresse H\_\_\_\_\_ qu'il s'agit d'une maladie. Enfin, en ce que le Dr C\_\_\_\_\_ fait état de séquelles d'une entorse de la cheville droite survenue lors d'un accident en 2014, il se fonde manifestement sur les indications de la demanderesse et du Dr B\_\_\_\_\_. En effet, il n'a pas pu constater cette entorse, n'ayant été consulté qu'en 2017, soit trois ans après l'accident.

À cela s'ajoute, comme exposé dans l'arrêt du 1er mars 2018, que les radiographies réalisées le jour de l'accident ne révèlent aucune lésion osseuse (cf. rapport du 26 septembre 2014 de la Dresse K\_\_\_\_\_). Les nouveaux examens effectués en juin 2015, soit une échographie et une radiologie du pied droit ne décèlent ni anomalie musculaire ou des tissus mous ni

d'épine supérieure ou inférieure (cf. rapport du 1er juin 2015 de la Dresse L\_\_\_\_\_). Des radiographies pratiquées au mois de juin 2016 confirment l'absence de lésion osseuse, ainsi que de toute séquelle de fracture, d'épanchement articulaire ou de calcification dans les tissus mous. Seul un hallux valgus débutant et un pincement débutant de l'interligne articulaire de l'articulation métatarso-phalangienne a été observé (cf. rapport du 3 juin 2016 du Dr M\_\_\_\_\_).

Rien ne permet ainsi d'affirmer que la demanderesse a subi, au degré de la vraisemblance prépondérante, une entorse de la cheville le 26 septembre 2014.

Quant aux affections au pied dont fait état le Dr D\_\_\_\_\_, il s'agit d'une maladie, comme l'explique la Dresse H\_\_\_\_\_ à raison. d. S'agissant du coude, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne le 16 décembre 2015 une douleur à l'épaule et à l'avant-bras droits. Cela est insuffisant pour conclure à l'existence d'un lien de causalité des atteintes au coude avec l'accident. Par la suite, il ne fait état d'une épicondylite que dix-huit mois après le sinistre lors de l'annonce d'une rechute, comme mentionné dans l'arrêt du 1er mars 2018 de la chambre de céans. Quant à la Dresse G\_\_\_\_\_, elle considère elle-même, dans son rapport du 18 avril 2018 produit à l'appui de la demande de révision, que le lien de cause à effet de la tendinite avec l'accident de 2014 est certes possible, suite à un impact direct sur la paume de la main, mais que cela est difficile à prouver. Or, la simple probabilité d'un lien de causalité est insuffisante pour admettre que ce fait est établi.

A/3995/2017 - 16/16 - e. Enfin, en ce que la demanderesse estime que les nouveaux rapports produits établissent également un lien de causalité entre l'accident et les cervicalgies et les lombalgies, elles ne produisent aucun rapport médical dans ce sens. f. Il résulte de ce qui précède, que les pièces produites à l'appui de la demande de révision ne permettent pas une appréciation différente des faits. 6. Au vu de ce qui précède, la demande sera déclarée irrecevable et, pour le surplus, rejetée. 7. La procédure est gratuite.

\*\*\*

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant sur révision

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.