GE_GERICHTE ATAS/167/2025 vom 19. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_167_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/167/2025 du 19 mars 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/167/2025 del 19 marzo 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des prestations d'assurance au 22 janvier 2023.

E. 3.1

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

A/1376/2024 - 8/17 - professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.2

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli,

 l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

E. 3.3

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l’obligation de prester de l’assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142

p. 75 consid. 4b). 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 n° U 363 p. 46).

E. 3.4

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. 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine

A/1376/2024 - 10/17 - non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique, mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

E. 4

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

E. 5

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 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 6

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

E. 7

L’assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision

A/1376/2024 - 11/17 - procédurale), sauf s’il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l’arrêt des rentes d’invalidité ou d’autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d’adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 8.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 8.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

 qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins- conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute

sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils

A/1376/2024 - 13/17 - n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 10.1

En l'occurrence, l'intimée a supprimé les prestations d'assurance avec effet ex nunc et pro futuro au 22 janvier 2023, en s'appuyant sur les avis de ses médecins- conseils, les Drs G_____ et H_____. Elle a conclu que les effets délétères de l'atteinte au genou gauche consécutive à l'accident avaient cessé au plus tard trois mois après celui-ci. Les effets postérieurs étaient liés à un état maladif préexistant décompensé par l'accident. L'assurée s'y oppose en se référant aux avis de ses médecins, les Drs E_____ et I_____, qui retiennent pour leur part l'existence d'une causalité naturelle entre l'atteinte persistant au genou gauche, soit la chondropathie rotulienne, et l'accident du 22 octobre 2022.

E. 10.2

Les conclusions des médecins-conseils et des médecins traitants de la recourante s'opposant, il y a lieu de commencer par en examiner la valeur probante. Les circonstances de l'accident ne sont pas contestées. De même, il sied de rappeler que les examens suite à la chute ont permis d'établir comme diagnostics des contusions multiples avec un traumatisme crânien simple. La radiographie du

A/1376/2024 - 14/17 - genou du 24 octobre 2022 a écarté une fracture et a mis en évidence une tuméfaction des tissus mous pré-rotuliens sans corps étranger radio-opaque. La recourante s'est soumise à trois IRM du genou gauche, la première le 9 novembre 2022, soit une environ deux semaines après l'accident. Selon le rapport y relatif, il est objectivé un œdème à proximité de la tubérosité tibiale pouvant corréler un élément post-contusionnel. Il est mentionné l'absence d'altération manifeste des cartilages articulaires des compartiments fémorotibiaux, et d'épanchement intra-articulaire. Il est toutefois constaté une ulcération cartilagineuse focale d'environ 5 mm au niveau de la portion latérale de la facette rotulienne interne s'accompagnant d'un remodelage kystique sous-chondral compatible avec une chondropathie de grade IV. Il est conclu essentiellement à une contusion des tissus mous pré-rotuliens et une contusion osseuse ainsi qu'à une chondropathie. L'IRM du 8 février 2023, réalisée pour contrôle de l'évolution d'une chondropathie rotulienne, a mis en évidence la disparition quasi-complète des phénomènes oedémateux précédemment décrits au niveau de la tubérosité tibiale antérieure. Il était noté une augmentation de la taille de l'ulcération focale de la ligne interfacettaire s'accompagnant d'un remodelage oedémateux et microkystique sous-chondral. À ce stade, il sied de relever que, dans son rapport du 21 février 2023, le Dr E_____ notait que les plaies et les lésions post-contusionnelles avaient évolué très favorablement, la diminution de la capacité de travail étant mise en lien avec la lésion ou l'ulcération cartilagineuse, soit en d'autres termes la chondropathie rotulienne. Le Dr E_____ mentionnait avoir constaté un épanchement intra- articulaire modéré lors de la première consultation du 3 novembre 2022. L'IRM du 21 septembre 2023 a, quant à lui, confirmé l'absence d'anomalie osseuse et d'épanchement. L'imagerie a mis en évidence une augmentation de la taille de l'ulcération cartilagineuse présente au niveau de la portion moyenne de la ligne interfacettaire de la rotule et la disparition des phénomènes oedèmateux. Dans son rapport du 29 mai 2023, le Dr G_____ a conclu que l'accident n'avait provoqué qu'une contusion du genou, dont les effets avaient disparu après trois mois, ce qui était confirmé par l'IRM de février 2023. Les plaintes persistant après cette date étaient liées à la chondropathie rotulienne qu'il qualifiait de dégénérative, l'accident n'avait concrètement qu'aggravé temporairement un état préexistant, ce qui était confirmé par l'IRM des cuisses de juillet 2020 où on pouvait d'ores et déjà voir une chondropathie. Dans son rapport du 21 janvier 2024, le Dr G_____ a confirmé sa position et développé que le remodelage kystique ostéochondral était typique de lésions dégénératives. Pour répondre aux arguments soulevés par le Dr E_____ dans son rapport du 17 juin 2023, dont il sera discuté ci-après, le Dr G_____ faisait remarquer que l'IRM du 9 novembre 2022 avait mis en évidence une

A/1376/2024 - 15/17 - dégénérescence avec des kystes sous-chondraux, ce qui était impossible en deux semaines. Dans le cadre de la procédure de recours, l'intimée a soumis le dossier de la recourante a un autre de ses médecins-conseil, soit le Dr H_____ qui a confirmé les conclusions du Dr G_____. Dans son rapport du 7 juin 2024, le Dr H_____ a expliqué ce qu'était une chondropathie, en précisant qu'effectivement une telle lésion pouvait être d'origine traumatique ou dégénérative. Il a développé les critères permettant de distinguer une lésion maladie d'une lésion traumatique, puis les a appliqués au cas d'espèce pour déterminer la qualification à retenir. Il a ainsi rappelé que l'IRM du 9 novembre 2022 avait mis en évidence une contusion pré-rotulienne des tissus mous, une contusion osseuse de la tubérosité tibiale antérieure, une chondrite de degré IV avec ulcération de la facette médiale de la rotule, un kyste sous chondral en regard de la lésion cartilagineuse rotulienne, l'absence d'œdème osseux rotulien, d'épanchement intra-articulaire et de fragment libre

intra-articulaire. La présence d'un kyste intra osseux en regard de la lésion cartilagineuse traduisait une évolution de plusieurs années, une telle lésion n'ayant pas pu se développer en deux semaines. À cela s'ajoutait que l'IRM de 2020 démontrait la présence de ce kyste non seulement à gauche, mais également à droite et mettait en évidence des signes de chondropathie rotulienne aux deux genoux. L'IRM du 21 septembre 2023 renforçait sa position, en ce sens que la chondropathie rotulienne avait tendance à s'aggraver ce qui était le processus habituel d'une telle lésion dégénérative. Selon la jurisprudence, une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En l'espèce, il apparaît à l'analyse des trois rapports des médecins de l'intimée que la situation médicale a été analysée de manière détaillée, les conclusions ont été motivées et s'expliquent par l'étude circonstanciée du dossier. Il sied dès lors de constater qu'ils remplissent les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, l'absence d'examen clinique ne permettant pas de remettre en cause leurs conclusions.

A/1376/2024 - 16/17 - De son côté, la recourante fait valoir l'avis de ses médecins, les Drs E_____ et I_____, qui concluent que la chondropathie résulte de l'accident d'octobre 2022. La Cour procédera dès lors à l'analyse des rapports des 17 juin 2023, 23 août et 20 septembre 2024. S'agissant tout d'abord des rapports des 17 juin 2023 et 20 septembre 2024, force est de constater que les Drs I_____ et E_____ expliquent le caractère post-traumatique en se basant sur l'absence de plainte avec celui-ci et la dynamique de l'accident, ce dernier admettant toutefois que les lésions constatées pouvaient ressembler à des atteintes dégénératives. Conformément à la jurisprudence précitée, le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Par ailleurs, les Drs I_____ et E_____ n'argumentent pas en s'appuyant sur des données ou éléments médicaux au dossier, étant précisé que ce dernier a indiqué qu'il n'y avait pas d'antécédent traumatique alors que l'IRM des cuisses de juillet 2020 avait été réalisée à sa demande en raison d'une chute. S'agissant du rapport du 23 août 2024, il sied de relever qu'à nouveau le Dr E_____ s'appuie essentiellement sur le fait qu'avant l'accident, la recourante avait pu faire des randonnées en montagne et exercer sa profession qui impliquait d'importants ports de charge et ce, sans limitation avant l'accident, À ce stade, la Cour de céans soulignera que le Dr E_____, qui a eu connaissance de l'IRM de juillet 2020, dont les Drs G_____ et H_____ indiquent à plusieurs reprises qu'elle atteste de la présence d'un kyste et de signes de chondropathie, soit bien avant l'accident, n'a ni discuté ni contesté cet élément objectif et important puisqu'il démontre l'existence d'un état préexistant correspondant aux conclusions de l'intimée. Par conséquent, les rapports des Drs E_____ ET I_____ ne peuvent pas se voir reconnaître pleine valeur probante contrairement à ceux des Drs G_____ et H_____. Ainsi, il n'existe aucun élément concret permettant de s'écarter des

conclusions claires des Drs G_____ et H_____. Partant, la Cour de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles persistant au genou de la recourante ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident postérieurement au 22 janvier 2023. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise, demandée par la recourante, s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Pour ces motifs, la décision litigieuse doit être confirmée.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1376/2024 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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