

GE_GERICHTE ATAS/311/2015 vom 27. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_311_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/311/2015 du 27 avril 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/311/2015 del 27 aprile 2015

Erwägungen

E. 31

Le 28 février 2011, la SUVA a reçu un courrier de l'assurée, du 19 février 2011, lui annonçant qu'elle avait subi une arthroscopie de la hanche droite le 14 février 2011. Un compte-rendu opératoire du Dr O _____, ainsi qu'un certificat d'hospitalisation du 13 au 19 février 2011 étaient joints à cet envoi.

E. 32

Par pli du 2 mars 2011, la SUVA a informé l'assurée que les documents joints à son courrier du 19 février 2011 n'étaient pas de nature à modifier son appréciation du cas.

E. 33

Le 9 mars 2011, la SUVA a reçu copie d'un certificat délivré le 16 février 2011 par le Dr O _____ prescrivant un arrêt de travail valable jusqu'au 20 mars 2011. Ce certificat se réfère quant à l'origine de la mesure à l'accident du 19 mai 2009.

E. 34

Par acte du 19 mars 2011, l'assurée a saisi le Tribunal des assurances du canton de St-Gall d'un recours contre la décision du 24 février 2011.

E. 35

Par jugement du 11 avril 2012, cette juridiction a rejeté le recours et confirmé la décision du 24 février 2011.

E. 36

Le 21 avril 2011, l'assurée a subi une résection labrale et une acétabuloplastie de la hanche gauche, toujours pratiquée par le Dr O _____.

E. 37

Suite au licenciement signifié par B _____ SA, le contrat de travail de l'assurée a pris fin au 30 juin 2011.

E. 38

Alors qu'elle effectuait un séjour de rééducation à Aix-les-Bains, l'assurée est tombée d'un transat le 11 juillet 2011. Elle s'était mal assise, et ainsi le fauteuil avait basculé ; la chute sur le séant qui s'en était suivie avait ravivé ses douleurs aux hanches.

E. 39

Statuant sur le recours interjeté par l'assurée le 18 mai 2012 contre l'arrêt saint-gallois susmentionné, le Tribunal fédéral a annulé le jugement cantonal par arrêt 8C_423/2012 du 26 février 2013 et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire du cas sur

le plan médical.

E. 40

Intervenant sur mandat de la SUVA, le docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a reçu l'assurée le 10 décembre 2013 et rendu son rapport d'expertise le 31 janvier 2014. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assurée et recueilli ses plaintes, l'expert a effectué un examen orthopédique du rachis, des épaules, des membres inférieurs et

A/3181/2014 - 9/22 - supérieurs. Il a également examiné l'ensemble des radiographies versées au dossier médical. L'expert a déduit des explications fournies par l'assurée que l'accident du 19 mai 2009 correspondait à une chute relativement banale à basse, voire à très basse énergie, puisque le tronc et le bassin avaient été partiellement amortis par les cartons, matière relativement souple. L'assurée ne se rappelait pas avoir fait un mouvement de grand écart, ou avoir voulu sauter par-dessus les cartons. Elle avait pu reprendre son travail après deux jours, puis avait dû s'arrêter pour se faire examiner. L'arthro-IRM effectuée un mois après l'accident était strictement dans la norme, à part une image correspondant à un hypersignal relativement localisé dans la région antérosupérieure du labrum de la hanche droite. Cette lésion était très discrète à l'IRM, « sans aucune lésion associée pouvant témoigner d'un choc important, tels qu'hématomes résiduels dans les parties molles, collection sous-cutanée, contusions osseuses, distorsions ligamentaires, etc. ». S'agissant de l'assurée, on se retrouvait dans le cas de figure net d'une lésion dégénérative du labrum à droite que l'expert expliquait par une diminution de l'épaisseur du cartilage en zone de charge mais surtout par une bilatéralité de la lésion. En effet, des lésions identiques, soit labrale et cartilagineuse, avaient également été mises en évidence du côté opposé. Se demandant si l'accident du 19 mai 2009 avait entraîné une lésion de la hanche droite et si cette lésion avait été « déterminante dans son évolution », l'expert a estimé, au regard des circonstances de l'événement et de ses conséquences immédiates (pas d'hématome ou de lésion locale de la peau, pas de fracture osseuse ou d'important hématome au scanner effectué à un mois), qu'il n'y avait pas eu de lésions importantes. On pouvait retenir des contusions du bassin, du thorax et plus modérément de la face. En son fondant sur les IRM du 21 juillet 2009 et du 4 août 2009 d'une part et le mécanisme lésionnel et cinétique d'autre part, totalement inapproprié pour une lésion du labrum, l'expert a retenu que la contusion avait dans tous les cas guéri en trois mois, mais qu'en raison de l'importance des plaintes douloureuses et du diagnostic peu clair, le statu quo sine ne pouvait être fixé qu'une fois tout le bilan d'investigation fait dans les règles de l'art, ce qui avait été le cas lors du séjour de l'intéressée à la CRR. Invité à dire si l'accident du 19 mai 2009 avait, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, provoqué une aggravation de l'état antérieur et, dans l'affirmative, pour quelle durée, l'expert a répondu que la chute sur les cartons avait simplement révélé des lésions dégénératives préexistantes et entraîné une contusion antérieure du bassin, bénigne, sans lésions objectivables avec statu quo sine trois mois plus tard. S'agissant de l'événement du 10 juillet 2010, l'expert a retenu une entorse cervicale bénigne et des contusions de l'hémicorps droit pour lesquelles il convenait de fixer le statu quo sine à la fin de l'année 2010.

A/3181/2014 - 10/22 - Quant à l'accident du 11 juillet 2011, il avait consisté en une simple contusion du bassin, sans lésions objectivables, avec statu quo sine trois mois plus tard.

E. 41

Le 10 février 2014, la SUVA a transmis le rapport d'expertise du Dr U_____ à l'assurée.

E. 42

Par courrier du 7 avril 2014, l'assurée, agissant par l'entremise de son conseil, a indiqué à la SUVA que le rapport d'expertise du Dr U_____ n'était pas satisfaisant et que des recherches médicales supplémentaires étaient en cours.

E. 43

Le 16 avril 2014, la SUVA a prolongé au 15 juin 2014 le délai imparti à l'assurée pour faire valoir ses observations après expertise.

E. 44

Par courrier du 12 juin 2014, l'assurée a soutenu que le rapport du Dr U_____ ne revêtait pas valeur probante. Il était permis de se demander sur quels éléments l'expert s'était fondé pour déclarer de manière si affirmative que l'on était dans le cas de figure net d'une lésion dégénérative du labrum à droite. Il ressortait au contraire des rapports des Drs R_____, O_____ et C_____ que la lésion de la hanche droite, était d'origine traumatique, soit consécutive à l'accident du 19 mai 2009. De plus, plusieurs rapports médicaux divergeaient de l'appréciation de l'expert dans la mesure où ils attestaient que les atteintes à l'épaule droite découlaient directement de l'accident du 10 juillet 2010. Enfin, l'assurée n'admettait pas non plus les conclusions de l'expert relatives à l'accident du 11 juillet 2011.

E. 45

Par décision du 20 août 2014, la SUVA s'est référée aux conclusions du Dr U_____, précisant que pour les suites de l'événement du 19 mai 2009, elle maintenait la cessation des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement au 31 décembre 2010.

E. 46

Le 18 août 2014, la SUVA a reçu copie d'un projet d'acceptation de rente limitée et de refus de mesures professionnelles émanant de l'office cantonal de l'assurance- invalidité (ci-après : l'OAI). Il ressort de ce projet de décision du 14 août 2014 que l'assurée avait déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en date du 20 avril 2011 et que l'OAI était parvenu à la conclusion que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 10 juillet 2010 au 2 décembre 2012. Dès le 4 décembre 2012, l'assurée aurait pu travailler à hauteur de 60% dans son activité habituelle de vendeuse et à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai d'attente d'un an, soit le 10 juillet 2011, l'assurée présentait certes un degré d'invalidité de 100%. Toutefois, dans la mesure où la demande avait été déposée le 20 avril 2011, le droit à une rente entière n'avait pu prendre naissance que le 1er octobre 2011 avant de s'éteindre au 28 février 2013. À compter de cette date, le degré d'invalidité, fixé à 21%, était trop faible pour donner droit à une rente.

E. 47

Par courrier du 10 septembre 2014, l'assurée a formé opposition contre la décision du 20 août 2014, concluant préalablement à la suspension de la présente procédure dans l'attente de l'issue de la procédure A/1310/2012 LAA – déjà pendante devant

A/3181/2014 - 11/22 - la chambre de céans et se rapportant aux accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011 – et, cela fait, à la prise en charge par la SUVA de toutes les suites des accidents du 19 mai 2009 et du 10 juillet 2010. À l'appui de ses conclusions, l'assurée a repris en substance ses observations du 12 juin 2014.

E. 48

Par décision du 17 septembre 2014, la SUVA a rejeté préalablement la demande de suspension de la procédure puis l'opposition. Elle a également retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Seule était litigieuse la question de savoir si les troubles de la hanche droite présentés par l'assurée au-delà du 31 décembre 2010 engageaient sa responsabilité. En revanche, il n'y avait pas lieu d'examiner les griefs de l'assurée se rapportant aux suites des accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011 puisque celles-ci faisaient déjà l'objet de la procédure A/1310/2012 LAA précitée.

Sur le fond, les griefs soulevés le 12 juin 2014 par l'assurée avaient été soumis au médecin d'arrondissement, lequel avait considéré en date du 4 août 2014 qu'ils ne concernaient que des points de langage et ne remettaient pas en cause le fondement du raisonnement scientifique exposé par l'expert. De plus, il ressortait de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2012 du 26 février 2013 que l'accident du 19 mai 2009 n'avait pas entraîné de lésion traumatique.

E. 49

Par acte du 17 octobre 2014, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 17 septembre 2014, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'au renvoi de la cause à la SUVA afin qu'elle verse les prestations qui lui incombent en lien avec l'accident du 19 mai 2009, le tout avec suite de frais et dépens. En l'espèce, la décision querellée se fonde uniquement sur l'analyse médicale de deux médecins mandatés par la SUVA, soit les Drs P _____ et U _____, ainsi que l'avis du Prof. T _____, consulté par le Dr P _____, lesquels concluent à une origine dégénérative des lésions subies à la suite de l'accident du 19 mai 2009. Or, l'IRM du 4 août 2009 avait permis de constater qu'il n'y avait pas d'épaississement de la capsule articulaire pouvant traduire une synovite/arthritis, mais qu'on était en présence d'une déchirure de la portion antéro-supérieure du labrum. On retrouvait des anomalies de signal semblant situées à l'insertion du muscle obturateur externe de la fosse trochantérienne, faisant évoquer en premier lieu des lésions prenant la forme de microdéchirures tendineuses. Ce diagnostic n'avait par la suite cessé d'être confirmé. Tout d'abord par la scintigraphie osseuse du 11 août 2009, laquelle mentionnait « la présence de remaniements osseux très discrets au niveau de la hanche droite, probablement post-traumatique » (pièce 9 recourante), puis par les HUG qui évoquaient des « coxalgies bilatérales post- traumatiques avec à droite contusion de la hanche et minime déchirure de la portion antéro-supérieure du labrum et déchirure du muscle obturateur externe droit » (IRM du 4 août 2009) dans deux courriers adressés respectivement aux Drs L _____ et

A/3181/2014 - 12/22 - C _____ (pièces 14 et 15 recourante). Dans son rapport du 26 février 2010, le Dr K _____, du service de rhumatologie des HUG, avait en outre indiqué que si l'apparition des douleurs avait été précipitée par l'accident, le syndrome douloureux chronique était sous-jacent et d'origine multifactorielle. De plus, l'arthrographie du 25 novembre 2010 avait mis en évidence une déchirure étendue du labrum supéro-latéral et

antérieur avec signe modérés de coxarthrose débutante, ce que le Dr R_____ avait confirmé dans son rapport du 13 décembre 2010, ajoutant qu'une origine traumatique de ladite déchirure lui paraissait très vraisemblable. Le Dr O_____, qui avait pratiqué les résections labrales des deux hanches avait également conclu à l'origine traumatique des lésions. Enfin, le Dr C_____, dans un rapport du 3 novembre 2010, avait certifié que la recourante ne s'était jamais plainte de douleurs à la hanche avant son accident du 19 mai 2009.

E. 50

Par acte du 27 novembre 2011, l'intimée a conclu au déboutement de la recourante de toutes ses conclusions et à la confirmation de la décision querellée. Elle a également déposé en annexe à son écriture, deux appréciations médicales établies les 22 septembre et 4 novembre 2014 par les Drs V_____, spécialiste en chirurgie FMH, et W_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur FMH, œuvrant tous deux au sein de la division médecine des assurances de la SUVA. La première appréciation se référait en partie à l'accident du 19 mai 2009, la seconde uniquement à celui du 10 juillet 2010. Dans leur appréciation du 22 septembre 2014, les Drs V_____ et W_____ – qui avaient reçu de l'intimée la mission de se déterminer sur la valeur probante de l'expertise du Dr U_____ et de se prononcer sur les critiques émises le 12 juin 2014 à l'encontre de celle-ci – ont considéré que le rapport d'expertise établi par le Dr U_____ répondait pleinement aux exigences requises de forme et de fond. De l'avis des Drs V_____ et W_____, le Dr U_____ avait démontré de manière convaincante pourquoi il s'agissait d'une lésion labrale dégénérative, au demeurant peu marquée, dans un cadre malformatif prédisposant peu prononcé (coxa profunda). Ils ont rappelé à ce propos qu'un cadre coxo-fémoral malformatif constituait un facteur favorisant mais non nécessaire pour une dégénérescence du labrum acétabulaire, celle-ci pouvant également survenir sans anomalie détectée de l'anatomie coxo-fémorale. Ils ont également rappelé que la frontière entre « normal » et « anormal » était parfois labile, respectivement difficile à définir quand les trouvailles jugées pathologiques étaient discrètes. L'expert avait d'autre part clairement expliqué que ce cadre dégénératif fruste n'était de toute façon pas à même d'expliquer la globalité de la symptomatologie au demeurant fortement évocatrice d'une origine non organique. Dans ses observations du 12 juin 2014, la recourante avait également reproché à l'expert de s'être démarqué des autres médecins sur le plan de l'interprétation des documents d'imagerie médicale. Les Drs V_____ et W_____ ont considéré à cet égard que la recourante s'engageait sur un terrain glissant, puisqu'elle faisait

A/3181/2014 - 13/22 - appel à des notions médicales qui ne lui étaient visiblement (et logiquement) pas familières pour tirer des conclusions qui ne se justifiaient pas d'un point de vue médical. Enfin, la recourante avait reproché au Dr U_____ de représenter un point de vue minoritaire face aux avis des Drs R_____, C_____ et O_____ dans la mesure où ceux-ci retenaient le caractère traumatique de la lésion à la hanche droite. De l'avis des Drs V_____ et W_____, les observations de la recourante à ce sujet n'apportaient pas d'éléments qui ne fussent déjà connus ou dont le Dr U_____ n'eût pas tenu compte dans son rapport d'expertise. 51. Par réplique du 5 janvier 2015, la recourante a soutenu que l'appréciation médicale du 22 septembre 2014 se contentait de critiquer son conseil et non les points discutés par ce dernier, sans apporter d'élément médical objectif et utile à la résolution de la question litigieuse, celle-ci étant de savoir si les lésions de la hanche droite avaient été causées ou à tout le moins aggravées par l'accident du 19 mai

2009. Elle a rappelé à cet égard que l'ensemble des avis médicaux des médecins qui l'avaient prise en charge s'accordaient à dire que les lésions subies à la hanche droite avaient une origine traumatique ou que celles-ci avaient à tout le moins été exacerbées par un traumatisme. En attestaient les rapports médicaux déjà énumérés dans ses écritures du 17 octobre 2014. 52. Par acte du 25 février 2015, l'intimée a déclaré renoncer à déposer formellement une duplique, se contentant de renvoyer à une nouvelle appréciation orthopédique du Dr W_____ du 11 février 2015, versée au dossier de la cause A/1310/2012 précitée. De l'avis de ce médecin, la réplique du 5 janvier 2015 n'apportait aucun élément nouveau ou reprenait des éléments du dossier déjà connus et pris en considération par l'expert, de sorte qu'il n'avait pas de remarque complémentaire à formuler. 53. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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.

A/3181/2014 - 14/22 - 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 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. À titre préliminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. a) On relèvera à cet égard qu'à la suite du jugement rendu le 11 avril 2012 par le Tribunal des assurances du canton de St-Gall, le Tribunal fédéral a considéré que l'appréciation des rapports médicaux par les premiers juges ne souffrait d'aucun reproche. Il a également constaté que dite appréciation – qui concluait à l'origine dégénérative de la lésion du labrum de la hanche droite – n'avait pas été critiquée par l'intéressée dans son recours en matière de droit public du 18 mai 2012. En conséquence, demeurait seule litigieuse la question de savoir si l'accident du 19 mai 2009 avait entraîné l'aggravation d'une atteinte en soi dégénérative à la hanche droite, ce que les premiers juges avaient nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 4.2 et 5.1). La Haute Cour a toutefois considéré que les rapports médicaux versés au dossier ne permettaient pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans quelle mesure l'accident du 19 mai 2009 avait cessé de déployer ses effets – ne serait-ce qu'en partie – au 31 décembre 2010 sur les troubles persistants de la hanche droite signalés et traités au-delà de cette date, raison pour laquelle il incombait à l'intimée de nommer un expert indépendant ayant en particulier pour mission de déterminer si la chute du 19 mai 2009 avait tout au plus activé, même en partie, un état dégénératif et, dans l'affirmative, à quel moment la recourante aurait retrouvé l'état de santé qui eût été le sien, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans l'accident considéré (arrêt 8C_423/2012 précité consid. 5.4 et 5.5). b) Les arrêts du Tribunal fédéral acquièrent force de chose jugée le jour où ils sont prononcés (art. 61 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005; RS 173.110 – LTF;

cf. aussi art. 38 de l'ancienne loi fédérale du 16 décembre 1943 d'organisation judiciaire, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 ; RS 173.110 – OJ). Ils sont notamment revêtus de la force matérielle ou autorité de chose jugée, ce qui signifie que le jugement lie les parties à la procédure ainsi que les autorités qui y ont pris part. En principe, seul le dispositif du jugement est revêtu de l'autorité de chose jugée. Toutefois, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle (ATF 112 Ia 353 consid. 3c/bb p. 354 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_741/2010 du 12 mai 2011 consid. 2.1). Ainsi, lorsque le Tribunal fédéral rend un jugement dont le dispositif prévoit que la décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle

A/3181/2014 - 15/22 - statue à nouveau dans le sens des considérants, cette dernière est liée par la motivation juridique de l'arrêt de renvoi. Ce principe, qui était exprimé en matière civile à l'art. 66 al. 1 aOJ, est applicable même en l'absence de texte et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 consid. 2a p. 241); la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative (rendue en rapport avec l'art. 66 al. 1 aOJ) reste applicable sous l'empire de la LTF (arrêt 4A_71/2007 du 19 octobre 2007, consid. 2.1 et 2.2). L'autorité inférieure est dès lors tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral. Elle voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par le Tribunal fédéral ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui (cf. ATF 131 III 91 consid. 5.2 p. 94; 120 V 233 consid. 1a p. 237 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_741/2010 du 12 mai 2011 consid. 2.1). La règle doit toutefois s'apprécier à la lumière du principe selon lequel le Tribunal fédéral n'examine que les griefs qui sont formulés. L'autorité précédente ne viole donc pas l'autorité de l'arrêt du Tribunal fédéral si elle fonde sa nouvelle décision sur un motif différent et non examiné dans son jugement précédent et au sujet duquel le Tribunal fédéral n'a pas eu l'occasion de s'exprimer (ATF 112 Ia 353 consid. 3c/bb ; Jean-Maurice FRESARD in Commentaire de la LTF, 2ème éd. 2014, ad art. 61 LTF, n. 16). S'agissant d'éventuels faits nouveaux, ils ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi. Ceux-ci ne peuvent être ni étendus ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5.2). c) En l'espèce, il ressort clairement des considérants de l'arrêt 8C_423/2012 du 26 février 2013 que le Tribunal fédéral a nié une étiologie traumatique de la lésion du labrum de la hanche droite. Dès lors que cette question a été définitivement tranchée, demeure litigieuse la question de savoir si l'accident du 19 mai 2009 a, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, provoqué une aggravation de l'état antérieur et, dans l'affirmative, si celle-ci est de nature à engager la responsabilité de l'intimée au-delà du 31 décembre 2010. Faisant l'objet d'une procédure distincte enregistrée sous le numéro de cause A/1310/2012, les suites des accidents des 10 juillet 2010 et 11 juillet 2011 ne seront pas examinées dans le présent arrêt. 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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

A/3181/2014 - 16/22 - (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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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 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. 7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 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). 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 a été causé ou aggravé par l'accident

A/3181/2014 - 17/22 - (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 8. 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). 9. a) 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). b/aa) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. A 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 125 V 351 consid. 3). 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). b/bb) 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

A/3181/2014 - 18/22 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). b/cc) 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).

c) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. 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 A/3181/2014 - 19/22 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 11. a) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b) 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), 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. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un

degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/3181/2014 - 20/22 - 13. 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 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 (cf. 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). 14. Dans le cas d'espèce, l'intimée s'est fondée sur les conclusions du rapport d'expertise du 31 janvier 2014, aux termes desquelles la chute du 19 mai 2009 avait révélé des lésions dégénératives préexistantes sans occasionner d'aggravation objectivable. Selon cette appréciation, l'état de santé de la recourante tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint trois mois après l'accident, soit en l'occurrence aux termes du séjour de la recourante à la CRR, le 2 octobre 2009. Ainsi, il convenait de maintenir la clôture du cas au 31 décembre 2010 et rejeter tout droit à des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au-delà de cette date.

La chambre de céans constate que l'expertise du Dr U _____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui conférer pleine valeur probante. L'expert a examiné la recourante et a pris connaissance de l'intégralité du dossier, notamment radiologique. Il a retracé l'anamnèse, pris en compte les plaintes de la recourante et a décrit de façon précise les lésions présentées et a expliqué pour quelles raisons il retenait une lésion dégénérative du labrum à droite. Enfin, ses conclusions sont claires et convaincantes.

La recourante s'en prend aux conclusions de l'expert principalement en mettant en avant la divergence d'opinions existant entre celui-ci, les Drs P _____, W _____ et V _____ d'une part, et l'avis des Drs R _____, O _____ et C _____ d'autre part, les premiers concluant à une lésion dégénérative du labrum à droite, les seconds à une lésion traumatique. C'est le lieu de relever que les rapports médicaux reflétant cette deuxième opinion ont déjà été produits par la recourante devant le Tribunal des assurances du canton de St-Gall et que cette juridiction, après avoir retenu le caractère dégénératif de la lésion évoquée – appréciation

A/3181/2014 - 21/22 - confirmée par le Tribunal fédéral – a constaté que les médecins n’avaient nullement pris position sur la question d’une éventuelle aggravation de l’état maladif par l’accident (jugement UV 2011/22 du 11 avril 2012, p. 12 consid. 5.4), raison pour laquelle le Tribunal fédéral avait ordonné à la SUVA de nommer un expert indépendant ayant pour mission d’élucider cette question.

Or, force est de constater que depuis l’arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2012 du 26 février 2013 rendu au sujet des suites de l’accident du 19 mai 2009, l’argumentation développée et réitérée par la recourante sur le caractère traumatique de la lésion tombe à faux dans la mesure où elle ne s’inscrit pas dans le cadre de l’objet du litige, délimité en amont par la Haute Cour (cf. supra consid. 4). Par ailleurs, les rapports médicaux invoqués par la recourante devant la chambre de céans – identiques en bonne partie à ceux produits devant les instances précédentes – ne se placent pas, quoi qu’il en soit, sur le même terrain que le rapport d’expertise, soit celui d’une éventuelle aggravation de l’état maladif, ou font à tout le moins l’impasse sur la problématique de la survenance du statu quo sine. En définitive, la recourante ne se fonde sur aucun avis médical pertinent qui puisse remettre en cause les conclusions du Dr U_____. Et ce n’est pas la lecture personnelle des rapports médicaux figurant au dossier par la recourante – rapports dûment pris en compte par l’expert – qui permet de changer la donne, comme l’ont souligné les Drs V_____ et W_____ dans leur appréciation du 22 septembre 2014, qui appuie intégralement les conclusions de l’expert.

Dès lors qu’il n’existe aucun doute quant à la fiabilité des conclusions motivées et convaincantes du Dr U_____, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à mettre en œuvre une expertise judiciaire, considérant qu’il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l’accident du 19 mai 2009 a simplement révélé des lésions dégénératives préexistantes et que le statu quo sine est intervenu trois mois plus tard.

Il s’ensuit que les conséquences de l’atteinte à la hanche droite dont souffre la recourante ne sont pas à charge de l’intimée postérieurement au 31 décembre 2010. Ainsi, c’est à bon droit que la décision querellée a mis un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement à cette date. 15. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

La recourante qui n’obtient pas gain de cause ne saurait se voir allouer de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3181/2014 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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