

GE_GERICHTE ATAS/344/2018 vom 23. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_344_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/344/2018 du 23 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/344/2018 del 23 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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 LPGA 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. 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. 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).

E. 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.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 22 août 2005, singulièrement s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident du 22 août 2005 et les atteintes au genou droit présentées par la recourante.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). b) Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est

considéré comme extraordinaire

- 28/41-

A/3079/2015 lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié U 499/00 du 12 septembre 2001, consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b). c) Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (ATF non publié 8C_693/2010 du 25 mars 2011, consid. 5.2). d) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). Le

- 29/41-

A/3079/2015 Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les

renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

E. 6

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). a) 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.

- 30/41-

A/3079/2015 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 impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses 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) (cf. RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). 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 (ATF 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). b) 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 7

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). 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

- 31/41-

A/3079/2015 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). b) 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/aa) 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). 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.), b/bb) 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

- 32/41-

A/3079/2015 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. cc). Toutefois, 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, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C_12/2012 consid. 7.1, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3). c) 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 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). d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a

- 33/41-

A/3079/2015 contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des

points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 8

En l'espèce, dans son arrêt de renvoi du 8 avril 2013, la chambre de céans a clairement qualifié l'évènement du 22 août 2005 d'accident en relevant ce qui suit : Il ressort des déclarations d'accident des 23 août et 27 septembre 2005 que la recourante a trébuché, toutefois sans tomber, sur une pile de dossiers posés par terre dans le passage de la porte du bureau dans lequel elle se rendait. Dans son courrier du 12 juin 2007, elle a encore précisé qu'elle avait lourdement buté dans la pile de dossiers posés à terre, et que les pas suivants avaient été totalement entravés, enchaînant plusieurs « faux pas ». Elle s'était alors tordu le genou à plusieurs reprises à cause de déséquilibres successifs. Seul le fait de venir buter contre le bureau situé en face d'elle l'avait protégée contre une chute qui aurait été inévitable dans le cas contraire. Dans son rapport du 13 mars 2007, le Dr G_____ a indiqué que la recourante avait trébuché et qu'elle s'était rattrapée sur la jambe droite, occasionnant une vive douleur du quadriceps droit, puis après quelques heures du genou droit. Au vu de la description des événements et notamment du fait que la recourante a trébuché, il y a lieu de reconnaître l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b), susceptible de causer les lésions au genou droit (voir rapport du Dr D_____ du 2 septembre 2005 (« accident d'instabilité rotulienne »), rapport initial LAA du Dr C_____ du 1er octobre 2005 (« instabilité post-traumatique de la patelle »), rapport du Dr E_____ du 1er mars 2006 (« syndrome de surcharge fémoro-patellaire post- traumatique sur disbalance musculaire »), compte-rendu opératoire du Dr I_____ du 27 avril 2007 (« chondropathie patellaire post-traumatique du genou droit »), certificat du Dr I_____ du 28 avril 2007 (« chondropathie rotulienne droite post- traumatique »), certificat du Dr I_____ du 22 mai 2007 (« lésions post- traumatiques qui peuvent être rattachées à l'accident survenu le 22 août 2005 »), courrier du Dr J_____ du 31 juillet 2007 (« chondropathie rotulienne post-traumatique ») ou à tout le moins de décompenser un état dégénératif préexistant (rapport du Dr K_____ du 16 février 2011 et courrier du 8 mars 2011, dans lequel ce médecin indique qu'il n'est plus possible de retenir un lien de causalité avec la distorsion fémoro-patellaire d'août 2004 ou encore rapport du Dr M_____ du

E. 9

En l'occurrence, l'expertise du Prof. R_____ du 23 juin 2017, complétée le 14 février 2018, fondée sur l'entier du dossier, comprenant une anamnèse détaillée, les plaintes de la recourante, un examen clinique, des tests de scores internationaux d'évaluation du genou, l'analyse des documents radiographiques, des diagnostics clairs et une critique étayée de l'expertise du Dr N_____, répond à tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expert judiciaire conclut clairement à un rapport de causalité certain entre les atteintes au genou de la recourante et l'accident ; aucun élément ne permettait de dire qu'il existait un état antérieur ; le pronostic était sombre ; la recourante présentait des limitations fonctionnelles, soit une limitation de la mobilité active, une faiblesse du genou avec une tendance aux fréquents lâchages, avec perte d'équilibre et une nécessité d'utiliser deux cannes pour ses déplacements ; une IPAI de 20 % était justifiée.

E. 10

Les critiques émises par l'intimée à l'encontre de l'expertise judiciaire ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celle-ci. a. L'intimée relève tout d'abord que la recourante aurait fourni à l'expert judiciaire une description différente de l'accident que celle donnée au Dr N_____, de sorte que l'expert judiciaire aurait été induit en erreur en concluant faussement à un choc important sur le genou ; en particulier, la recourante aurait, lors de son entretien avec le Dr N_____, exclu tout mécanisme de contusion, torsion ou mouvement extrême du genou lors de l'événement ; par ailleurs, l'expert estimait néanmoins que la séquence de faux pas et de rattrapages était à même de causer un stress important au niveau du genou de la recourante, alors même que l'IRM du genou datée du 30 août 2005 n'objectivait pas de traumatisme. S'agissant de la description de l'accident, la recourante a indiqué lors de sa déclaration d'accident initiale du 23 août 2005, confirmée dans des termes identiques le 27 septembre 2005 qu'elle avait trébuché sur des dossiers, sans tomber (déclaration d'accident du 23 août 2005 et 27 septembre 2005) ; le

- 36/41-

A/3079/2015 1er octobre 2005 elle a derechef signalé qu'elle avait trébuché dans des dossiers (déclaration d'accident du 1er octobre 2005). La chambre de céans constate que les explications subséquentes de la recourante, notamment celles données dans son courrier du 12 juin 2007, ne sont pas contradictoires avec la première version des faits mais précisent celle-ci ; en effet la recourante a indiqué qu'elle avait buté dans une pile de dossiers et enchaîné lourdement plusieurs faux pas, qu'elle s'était tordue clairement le genou droit à plusieurs reprises à cause de déséquilibres successifs puis était venue buter contre un bureau en face d'elle, ce qui l'avait protégée d'une chute. La chambre de céans a d'ailleurs admis dans son arrêt de renvoi du 18 avril 2013, entré en force, qu'au vu de la description des événements selon la version du 12 juin 2007 de la recourante, notamment que celle-ci avait trébuché, il y avait lieu de reconnaître l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire. La version résumée par le Dr N_____ dans son expertise du 20 août 2014 va dans le même sens, dès lors qu'il est mentionné que le pied gauche de la recourante a heurté la pile de dossiers et que celle-ci a trébuché en avant, se rattrapant sur le membre inférieur droit, suivi de quelques pas rapides pour se retenir à un meuble situé deux mètres plus loin. L'intimée souligne cependant le fait que le Dr N_____ a aussi indiqué dans son expertise que la recourante n'avait pas le souvenir d'un mouvement extrême du genou, d'une torsion particulière, d'une contusion, d'une sensation de déboitement ou d'hyper extension. Outre le fait que l'expertise du Dr N_____ ne saurait être retenue comme élément médical déterminant, la chambre de céans lui ayant déjà nié toute valeur probante, il a déjà précisément été relevé que le Dr N_____ avait remis en cause, sans motif valable, la description de l'accident, retenue par la chambre de céans et qu'il avait manifestement minimisé la gravité de l'accident (ordonnance d'expertise du 1er novembre 2016). En particulier, le Dr N_____ a contesté une torsion du genou de la recourante alors que celle-ci a été décrite par la recourante le 12 juin 2007 ; il a également contesté une hyper extension alors que celle-ci est précisément mentionnée par le radiologue lors de l'IRM du genou droit du 30 août 2005, soit huit jours seulement après l'accident, sous « indication » (traumatisme en hyper extension). Quant au Pr R_____, la description de l'accident qu'il retient dans son expertise est similaire à celle retenue par la chambre de céans dans le sens qu'il relève que la recourante a buté sur une pile de dossiers avec son pied gauche, puis trébuché et a fini sa course contre un bureau ; elle en diffère uniquement sur un point soit le fait que le genou droit de la recourante aurait heurté un bureau. L'expert a lui-même

A/3079/2015 d'ailleurs relevé que la recourante avait rapporté plus tardivement la notion de s'être tapée le genou contre un bureau (expertise R_____ p. 18). A cet égard, la chambre de céans constate que cette dernière version n'est pas contradictoire avec la description de l'accident fournie par la recourante en premier lieu mais le heurt du genou droit contre un meuble n'a été précisé que lors de l'expertise judiciaire ; il existe ainsi un doute sur l'existence de ce choc, de sorte qu'il convient, au degré de la vraisemblance prépondérante, de s'en tenir à la version précédente admise par la chambre de céans, c'est-à-dire que la recourante a trébuché sur une pile de dossiers et s'est rattrapée sur le membre inférieur droit, effectuant ensuite des faux pas, se tordant le genou à plusieurs reprises et finissant sa course contre un meuble, lequel l'a empêchée de chuter, sans heurt du genou droit contre ce dernier. Cela dit, la chambre de céans a requis de l'expert judiciaire qu'il indique s'il maintenait les conclusions de son expertise si le genou droit de la recourante n'avait pas heurté le bureau en cause. Or, l'expert judiciaire a clairement affirmé que, même sans heurt du genou, la séquence de faux pas et de rattrapages pour éviter une chute avait causé un stress important au niveau du genou et l'apparition d'une sévère patella baja secondaire ; cette pathologie, très rare et parfaitement objectivable, ne se développait qu'après un traumatisme ou une intervention chirurgicale importante, ce qui n'était pas le cas d'une arthroscopie sans geste associé de reconstruction ligamentaire, tel que subi par la recourante. Dans le même sens, le Dr J_____ a expliqué que même sans chute, un mécanisme de contraction brutale du quadriceps, en plaquant fortement la rotule contre le condyle fémoral, était un mécanisme adéquat de déclenchement d'une chondropathie rotulienne ; ce type de mécanisme était d'ailleurs la constatation clinique courante (rapport J_____ du 05 décembre 2014 p. 2). Ce mécanisme avait déclenché un processus de ramollissement cartilagineux, puis de fissuration superficielle avec fissuration plus profonde (latérale) (rapport J_____ du 05 décembre 2014 p. 4). b. L'intimée objecte encore que si un stress avait eu lieu sur le genou, il aurait été objectivé à l'IRM du 30 août 2005, alors que tel n'était pas le cas, celle-ci ne démontrant aucun signe de traumatisme. Cette affirmation est contredite par l'expert judiciaire, lequel a relevé que l'IRM du genou droit du 30 août 2005 était décrite comme ne présentant aucun signe de traumatisme mais que l'hyperclarté qui y apparaissait pourrait témoigner d'un état inflammatoire post-traumatique (expertise R_____ p. 16) ; par ailleurs, l'arthroscanner du 24 mars 2006 montrait des lésions (chondropathie) ; ce délai d'apparition des fissures était compatible avec le mécanisme de formation de

A/3079/2015 fissurations et du dégât cartilagineux. Le choc créait la mort cellulaire, une cascade d'enzymes survenait, accompagnée d'un torrent de cytokines inflammatoires et ces deux arrivées combinées créaient les lésions qui n'apparaissaient cliniquement que quelques mois après. L'arthroscopie du 27 avril 2007 avait ainsi conclu à un aspect peropératoire compatible avec une lésion post-traumatique ; la littérature concluait que les lésions cartilagineuses débutantes étaient impossible à diagnostiquer ; ces lésions s'étaient constituées entre l'accident et l'arthroscanner par les mécanismes de dégradations tissulaires (expertise R_____ p. 19). Cette constatation rejoint en outre celle du Dr J_____, lequel a expliqué que dans les chondropathies rotuliennes post-traumatiques, les signes radiologiques IRM ou arthroscanner étaient toujours retardés, ce qui expliquait la normalité de l'IRM initial ; il y avait un continuum évolutif de symptômes entre l'accident

et l'heure actuelle (rapport J_____ du 31 juillet 2007). c. Enfin, l'intimée se prévaut de l'expertise du Dr N_____ du 20 août 2014, lequel affirme que la recourante présentait très vraisemblablement un état préexistant précaire bien qu'asymptomatique (expertise N_____ p. 13). A cet égard, la chambre de céans a déjà jugé que les considérations du Dr N_____ n'étaient pas probantes (ATAS/874/2016). De surcroît, elles sont clairement contredites par l'expert judiciaire, lequel a indiqué qu'aucune donnée objective, tangible ou concrète émanant du dossier ne permettait de dire que la recourante présentait un état maladif antérieur (expertise R_____ p. 19) ; il a en particulier contesté l'avis du Dr N_____ en relevant que les examens réalisés ne démontraient pas la présence d'un état maladif antérieur (IRM du 30 août 2005). L'arthroscanner du 24 mars 2006 ne montrait aucune lésion dégénérative en dehors de l'atteinte du cartilage rotulien. L'affirmation spéculative que l'assurée présentait une lésion au préalable était basée sur une généralisation statistique ; on ne pouvait pas, sans l'ombre d'une preuve, décréter l'existence d'une pathologie sans traduction clinique ou radiologique, qui se déclarait précisément au moment opportun qui convenait à l'assureur intéressé. Dans la situation actuelle il y avait une continuité dans la symptomatologie qui avait débuté le jour de l'accident et qui avait persisté jusqu'à ce jour. Les considérations de l'expert judiciaire rejoignent de plus celles du Dr J_____ (avis du 5 décembre 2014), lequel a relevé que l'IRM initiale du 30 août 2005 ne montrait aucun signe de lésion dégénérative significative ; le cartilage était normal et c'était le mécanisme d'hyperextension – avec la contraction brutale du quadriceps qui avait eu pour effet de plaquer la rotule contre le condyle fémoral – qui avait déclenché un processus de ramollissement cartilagineux puis de fissuration superficielle avec une fissuration plus profonde (latérale) ; même si des

- 39/41-

A/3079/2015 lésions cartilagineuses non visibles avaient préexistées, elles n'auraient jamais donné de symptôme ou alors beaucoup plus tardivement.

E. 11

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle est probante, doivent être suivies, de sorte que les diagnostics liés au genou droit de la recourante (status post traumatisme du genou droit le 22 août 2005, chondropathie post-traumatique sévère de la rotule droite, status post arthroscopie du genou droit du 27 avril 2007, patella bara, baja ou infera droite sévère post-traumatique) doivent être considérés comme étant en lien de causalité probable avec l'accident. Partant, l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident, dont les frais de traitement du genou droit de la recourante depuis l'accident et examiner également le droit de cette dernière à une éventuelle indemnité journalière. En revanche, l'objet du litige étant limité à la question de l'existence d'un lien de causalité entre les affections présentées par la recourante et l'accident, les conclusions formées par la recourante quant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI, ne peuvent être examinées dans le cadre de la présente procédure. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1a p. 414 ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier

2012).

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 22 août 2005, au sens des considérants. Il incombera à l'intimée de se prononcer ensuite sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une IPAI. En conséquence, la cause lui sera renvoyée en ce sens.

E. 13

L'assuré qui agit dans sa propre cause, sans l'assistance d'un avocat, n'a en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; arrêt H 47/06 du 11 décembre 2006 consid. 5.2 in Revue de l'avocat 2007 p. 166; 5C.271/2005 du 23 mars 2006 consid. 13 in FamPra.ch 2006 p. 722 et les références ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_943/2012 du 28 mars 2013). En l'occurrence, la recourante n'étant pas formellement représentée par un avocat dans le cadre de la procédure par devant la chambre de céans, elle n'a pas droit à des dépens.

- 40/41-

A/3079/2015 Pour le surplus, la procédure est gratuite. ***

- 41/41-

A/3079/2015 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.