

GE_GERICHTE ATAS/357/2018 vom 25. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_357_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/357/2018 du 25 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/357/2018 del 25 aprile 2018

Erwägungen

E. 19

Le 20 juin 2016, la chambre de céans a posé des questions complémentaires aux Drs E_____ et F_____.

E. 20

Le Dr E_____ a répondu, le lendemain, qu'il ne pouvait répondre aux questions posées en raison de la complexité de la situation, raison pour laquelle il avait adressé la patiente au Dr F_____, qui était spécialisé en chirurgie de la cheville et du pied.

E. 21

Le 11 juillet 2016, dans un courrier mentionnant les noms des Drs F_____ et H_____, mais seulement signé par cette dernière, ces médecins ont répondu à la chambre de céans qu'il était exact que, le 1er juin 2015, on pouvait poser deux diagnostics distincts concernant la patiente, soit une entorse et une lésion ostéocondrale. Cette dernière était déjà bien distincte sur l'IRM réalisée le 27 novembre 2014, soit deux mois après le traumatisme, et elle était interprétée dans un contexte traumatique, car il y avait un oedème en miroir de la malléole interne, ce qui était un fort indice en faveur d'une origine traumatique de cette lésion. Malheureusement, il n'y avait pas d'IRM antérieure à ce traumatisme à disposition, laquelle aurait permis de tirer une conclusion définitive. Au vu de l'IRM précitée, l'entorse avait mené à la lésion ostéocondrale et il y avait un lien direct entre elles. Le 1er juin 2015, la patiente présentait uniquement des douleurs sur le versant antéro-interne de la cheville. Dans ce contexte, les médecins estimaient que c'était essentiellement la lésion ostéocondrale qui était douloureuse et non l'entorse. Ils étaient d'avis que l'évènement du 23 septembre 2014 avait totalement provoqué l'atteinte à la santé. La patiente n'aurait pas ressenti des douleurs à sa cheville, tôt ou tard, sans l'évènement du 23 septembre 2014, par suite d'un développement ordinaire, en raison de la lésion ostéocondrale.

E. 22

Le 19 juillet 2016, la chambre de céans a demandé au Dr F_____ de lui transmettre une copie signée du courrier du 11 juillet 2016, ce qu'il a fait par courrier du 1er septembre 2016.

A/3637/2015 - 8/22 -

E. 23

Le 25 juillet 2016, l'intimée a observé que le lien de causalité naturelle entre la lésion actuelle et l'accident était seulement possible, selon la Dresse H_____, mais non pas probable. Dans cette situation, le droit aux prestations fondées sur l'accident devait être nié. Au regard des critères sur la vraisemblance prépondérante, la lésion n'était plus la condition sine qua non de l'évènement dommageable, de sorte que le lien de causalité était rompu.

L'argumentation détaillée et probante de l'expertise du Dr D_____ et les différents avis médicaux du Dr G_____ devaient être préférés à l'avis de la Dresse H_____. À l'appui de ses observations, l'intimée a transmis un rapport manuscrit établi par le Dr G_____ le 22 juillet 2016 ainsi qu'une version dactylographiée de ce rapport. Il en ressort que selon ce médecin, à deux mois d'un traumatisme – l'IRM étant très sensible – on aurait dû constater encore un œdème important si la lésion était fraîche. Une petite inflammation en miroir n'était pas une preuve d'accident. Lors d'une usure cartilagineuse, les deux berges étaient aussi touchées. Le fait que les douleurs soient en relation avec l'ostéochondrite était acceptable. C'était la causalité de cette lésion qui était discutable. Cette dernière avait été révélée, mais non provoquée. L'IRM ne montrait pas d'inflammation périlésionnelle importante, il n'y avait pas eu d'aggravation déterminante. L'expertise restait valable. La lettre du 11 juillet 2016 n'apportait pas d'arguments probants nouveaux. En conclusion, le seul argument avancé était que cette lésion était à interpréter dans un contexte traumatique, raison pour laquelle la Dresse H_____ l'admettait comme fraîche. Il fallait quand même relever qu'un doute était exprimé, en raison de l'absence d'IRM antérieure. L'argumentation beaucoup plus détaillée de l'expert restait probante.

E. 24

Par ordonnance du 27 avril 2017, la chambre de céans a estimé qu'il y avait lieu d'accorder une valeur probante limitée à l'expertise du Dr D_____, relevant qu'il avait qualifié la lésion subie le 23 septembre 2014 de contusion simple, sans la retenir comme diagnostic, mais en la mentionnant seulement comme élément révélateur de l'ostéochondrite. Il n'avait donné aucune explication sur le fait qu'il ne retenait pas le diagnostic d'entorse, alors qu'il avait été posé juste après l'évènement par le Dr B_____. Les conclusions de son rapport sur la relation de causalité apparaissaient en outre contradictoires, dans la mesure où il avait commencé par nier le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé, en ne tenant compte que de la lésion ostéochondrale, alors que dans sa réponse à la question suivante, il semblait admettre, au contraire, un lien de causalité entre l'évènement et une contusion bénigne de la cheville, précisant que le statu quo ante avait toutefois dû être retrouvé six mois plus tard. L'expert avait encore indiqué, de façon contradictoire, que les conséquences de l'évènement du 23 septembre 2014 étaient terminées six mois après l'évènement, soit en mars 2015, tout en relevant que l'état de santé de l'assurée était en voie de stabilisation et que le statu quo sine serait retrouvé prochainement. En conséquence, la chambre de céans a ordonné une nouvelle expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur I_____, chef de clinique au service

A/3637/2015 - 9/22 - d'orthopédie pédiatrique et traumatologie des HUG, sous la supervision du docteur B_____.

E. 25

Dans leur rapport du 24 novembre 2017, ces experts ont indiqué s'être basés sur l'interrogatoire et l'examen clinique de la patiente, examinée à leur consultation les 23 août et 10 octobre 2017, et le dossier transmis par la chambre de céans. Leur rapport contient une anamnèse complète. Il décrit les plaintes subjectives de l'expertisée et les constatations objectives faites lors de son examen. Les experts ont posé les diagnostics de : - lésion ostéochondrale de stade V du dôme médial du talus à droite ; - status après entorse en supination/rotation externe de grade II avec déchirure du faisceau profond du ligament deltoïde ; - status post-stabilisation du compartiment externe selon Bröstrom Gould en 1995

à droite. Sous « appréciation du cas », les experts ont mentionné que les lésions ostéochondrales du talus étaient dans 70% des cas d'origine traumatique (suite à des entorses ou des fractures de la cheville) et que dans le restant des cas elles pouvaient être d'origine vasculaire, ou en lien avec des troubles endocriniens ou des prédispositions génétiques. Selon la littérature, toutes les lésions ostéochondrales latérales du talus étaient provoquées par un événement traumatique. En revanche, entre 25% et 65% des lésions médiales étaient d'origine traumatique. Dans le cas d'espèce, la patiente avait déjà présenté une entorse sévère de la cheville droite dans le passé avec une déchirure du ligament latéral externe. Elle avait, par la suite, développé une instabilité de la cheville ayant nécessité une stabilisation chirurgicale selon Bröstrom Gould en 1995. L'instabilité de la cheville était un facteur de risque pour développer une lésion ostéochondrale du talus avec une association autour de 40% selon la littérature médicale. En tenant compte de ces facteurs, les experts retenaient une origine traumatique probable de la lésion ostéochondrale présentée par l'expertisée. Néanmoins, en se basant sur l'anamnèse et les examens radiologiques effectués, il était impossible de se prononcer quant à la temporalité exacte de la lésion, c'est-à-dire si elle existait avant l'évènement du 23 septembre 2014 ou pas. Il était très difficile également de déterminer si la lésion avait été causée par un événement traumatique unique ou si elle s'était développée progressivement dans le contexte de l'instabilité de la patiente (micro-traumatismes à répétition). Parmi les examens radiologiques effectués, l'IRM permettait d'objectiver et de localiser cette lésion avec une sensibilité et une spécificité de 96% et 99% respectivement. Le 27 novembre 2014, soit deux mois après l'évènement traumatique subi par l'expertisée, le radiologue décrivait une lésion ostéochondrale de grade IV du coin supéro-interne du talus sans formation kystique en profondeur et mettait en évidence une déchirure séquellaire du ligament talo-fibulaire antérieur. À leur avis, et aussi selon le Dr D_____, des images des petits kystes sous-chondraux étaient généralement visibles, raison pour laquelle ils classaient cette lésion de stade V et pas IV. La présence de kystes sous-chondraux était un signe connu d'instabilité lésionnelle. De plus, la formation des kystes sous-chondraux était un processus qui accompagnait les lésions subaiguës et chroniques comme les kystes sous-chondraux vus lors des processus arthrosiques. De l'avis des experts, deux mois d'intervalle entre le traumatisme et le bilan radiologique n'étaient pas suffisants pour développer ce type de lésion. Par ailleurs, l'IRM ne montrait pas de fracture sous-chondrale concomitante qui serait en faveur d'une lésion aiguë dans le contexte du traumatisme du 23 septembre 2014. Selon les experts, il y avait aussi un œdème sous-chondral de petite taille sous la lésion ostéochondrale. Par contre, il n'y avait pas d'œdème en miroir visible au niveau du plafond tibial. L'IRM montrait un œdème au niveau de la pointe de la malléole interne, mais celui-ci était en lien avec la lésion du faisceau profond du ligament deltoïde subie pendant l'entorse. En effet, lors d'une entorse, une traction excessive de ce ligament pouvait produire un œdème au niveau de son insertion. En conclusion, vu les caractéristiques de la lésion (localisation médiale, absence de fracture sous-chondrale, absence d'œdème en miroir et présence de kystes au niveau sous-chondral) et les antécédents d'instabilité de la cheville chez l'expertisée, les experts retenaient que le lien de causalité entre l'évènement du 23 septembre 2014 et la lésion ostéochondrale objectivée le 27 novembre 2014 était peu probable. Néanmoins, l'expertisée référait que la cheville allait bien jusqu'à l'accident. Une lésion ostéochondrale, même dans un stade avancé, pouvait rester asymptomatique et présenter une évolution naturelle bénigne. Il était rapporté dans la littérature que plus de 50% des patients présentaient de bons, voire d'excellents résultats,

avec un traitement conservateur. Ce type de lésion était donc parfois découvert fortuitement lors d'un examen radiologique de la cheville ou pour une autre raison. Dès lors, l'accident du 23 septembre 2014 avait pu fragiliser une lésion cartilagineuse qui était jusque-là asymptomatique et qui, sans ce traumatisme, serait restée silencieuse. Il était donc probable que la durée des symptômes suite à l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 était liée à une déstabilisation de cette lésion ostéochondrale. Finalement, les experts retenaient que le lien de causalité était certain entre l'évènement du 23 septembre 2014 et l'atteinte à la santé présentée par la patiente au-delà de l'évènement. La symptomatologie douloureuse après une entorse de cheville pouvait durer jusqu'à un an, voire plus, dans certains cas. Il était possible que la lésion ostéochondrale au niveau du talus, visible sur l'IRM du

E. 27

novembre 2014, ait participé à l'atteinte de la santé de la patiente au-delà du

E. 31

mars 2015 et que c'était la lésion ostéochondrale vraisemblablement préexistante qui en était la cause au regard de la vraisemblance prépondérante. Pour ces motifs, l'expertise n'était pas probante s'agissant de la fixation du statu quo sine et les avis du Dr G_____ et de l'expert D_____ devaient être préférés. L'intimée rappelait également que le fait qu'un enfant marche sur une cheville n'était pas une action vulnérante propre à entraîner de tels effets d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). Dès lors, en sus de la causalité

A/3637/2015 - 13/22 - naturelle, la causalité adéquate n'était pas non plus réalisée au-delà du statu quo sine fixé par l'expert D_____ six mois après l'évènement. À teneur du rapport établi par le Dr G_____ le 4 décembre 2017, l'expertise était convaincante pour admettre que la causalité entre la lésion ostéochondrale et l'évènement du 27 novembre 2014 était peu probable. Par contre, elle ne l'était pas lorsqu'elle acceptait quand même une corrélation uniquement sur les symptômes ergo propter hoc ! Le fait que la patiente n'avait pas mal avant et mal depuis l'évènement n'était pas une preuve suffisante de corrélation, surtout qu'ils n'apportaient pas la preuve que le traumatisme avait vraiment fragilisé la lésion cartilagineuse préexistante, vu qu'ils étaient d'accord avec le Dr D_____ sur l'ancienneté de la lésion ostéochondrale. La démonstration de la deuxième expertise n'était pas probante au long cours pour la symptomatologie vu que l'IRM ne montrait aucune lésion fraîche. 28. Sur ce, 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. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3. 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 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGGA. 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge au-delà du 31 mars 2015 des prestations de l'intimée en lien avec son accident du 23 septembre 2014. 6. 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

A/3637/2015 - 14/22 - physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA; 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'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 évènement 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'évènement 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'évènement assuré. 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

A/3637/2015 - 15/22 - prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n°

U 363 p. 46). 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. 8. 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). 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 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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

A/3637/2015 - 16/22 - 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. 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 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). 9. 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). 10. 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

A/3637/2015 - 17/22 - absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation pour les parties 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). 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 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les

juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 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

A/3637/2015 - 18/22 - 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). 12. a. En l'espèce, le rapport d'expertise établi le 24 novembre 2017 par les Drs B_____ et I_____ est fondé sur deux examens de l'assurée, le dossier médical de celle-ci, une anamnèse complète ainsi que les indications subjectives de l'expertisée. Les experts ont décrit leurs constatations objectives, procédé à une appréciation du cas et répondu aux questions qui leur étaient posées. Leur rapport remplit ainsi a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine force probante. b. L'intimée conteste la valeur probante du rapport d'expertise qui contiendrait selon elle des incohérences dans la mesure où les experts mentionnaient que le lien de causalité entre l'évènement du 23 septembre 2014 et la lésion ostéochondrale objectivée le 27 novembre 2014 était peu probable et, par la suite, qu'il était probable que la durée des symptômes suite à l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 soit liée à une déstabilisation de cette lésion ostéochondrale et, finalement, que le lien de causalité était certain entre l'évènement du 23 septembre 2014 et l'atteinte à la santé présentée par la patiente au-delà de l'évènement. Contrairement à ce que soutient l'intimée, les conclusions des experts n'apparaissent pas contradictoires. S'ils n'ont pas pu démontrer que la lésion ostéochondrale avait été causée par l'évènement du 23 septembre 2014, cela n'empêche pas que celle-ci ait pu être déstabilisée par cet évènement et qu'elle ait, de ce fait, participé à l'atteinte de la santé de la patiente au-delà du 31 mars 2015, comme l'ont retenu les experts, précisant que cela pouvait expliquer la durée prolongée de la symptomatologie douloureuse de la patiente. L'atteinte à la santé de la recourante n'était pas due qu'à la lésion ostéochondrale, mais également à une entorse de la cheville dont l'origine était clairement traumatique selon les experts, ce qui n'est pas contesté. Or, c'est en lien avec ce diagnostic – et non avec la lésion ostéochondrale – que les experts ont retenu que le statu quo sine avait été retrouvé un an après l'évènement du 23 septembre 2014, ce qui correspondait aux constatations faites lors de l'examen clinique de la recourante et l'anamnèse. L'expert D_____ a d'ailleurs lui aussi tenu compte de l'effet de l'ostéochondrite dégénérative et préexistante du dôme astragalien pour fixer le statu quo sine de la contusion de la cheville à six mois, au lieu du délai usuel d'un mois. c. Si les experts ont tenu compte du fait que les symptômes douloureux s'étaient manifestés après la survenance d'un accident, ils n'ont pas motivé leurs conclusions sur ce seul fait, mais au contraire sur un examen complet de la situation relativement complexe qui leur était soumise. Ils ont pris en compte l'effet possible de la lésion ostéochondrale et se sont

référés à la littérature pour soutenir que les entorses de cheville pouvaient prendre parfois jusqu'à un an pour un rétablissement complet. Il faut rappeler ici qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé, de sorte que les experts pouvaient prendre en compte les conséquences de la lésion ostéochondrale quand bien même

A/3637/2015 - 19/22 - il n'était pas établi qu'elle était d'origine accidentelle. Les experts ont également fondé leurs conclusions sur le fait que l'entorse subie par la recourante était un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied, ce qui pouvait prolonger la durée des symptômes à plus d'un an, comme l'avaient relevé les Drs F_____ et J_____. Les experts ont ainsi motivé leurs conclusions de façon convaincante en prenant en compte la situation spécifique de la recourante en lien avec tous les diagnostics posés. d. L'intimée fait encore valoir que les experts étaient incohérents lorsqu'ils considéraient que le statu quo sine avait été retrouvé environ un an après l'évènement du 23 septembre 2014 alors qu'ils mentionnaient, ensuite, qu'il leur semblait difficile d'affirmer la temporalité de la lésion (ostéochondrale), à savoir si elle existait déjà ou si elle avait été causée par l'évènement du 23 septembre 2014. En d'autres termes, les experts considéraient, selon l'intimée, que l'aggravation de la lésion ostéochondrale par l'entorse de la cheville était en lien avec l'évènement un an après celui-ci, mais ils ne parvenaient pas à déterminer si la lésion était préexistante ou non, ce qui était illogique. Là encore les experts ne sont pas incohérents, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, puisqu'ils ne soutiennent pas que la lésion ostéochondrale a été causée par l'évènement accidentel, mais seulement que cette lésion a pu avoir un effet sur la durée des symptômes douloureux. Contrairement à ce que soutient l'intimée, les experts n'ont pas seulement soutenu que la lésion ostéochondrale avait pu être aggravée (déstabilisée) par l'entorse, mais que la lésion ostéochondrale avait pu avoir un effet sur la durée des symptômes provoqués par l'évènement, soit l'entorse de la cheville. Le fait que la lésion ostéochondrale ait pu précéder l'évènement accidentel n'entre pas en contradiction avec le fait qu'elle a pu avoir un effet sur la durée des symptômes de l'entorse. e. L'intimée relève encore que les experts mentionnaient qu'à leur avis et selon la littérature, les entorses de cheville « pouvaient » parfois prendre jusqu'à un an, voire plus dans certains cas, pour un rétablissement complet, et que de telles formulations confirmaient le fait que le lien de causalité n'était que possible et non probable, condition sine qua non à la prise en charge du cas par l'assurance- accidents. S'il est exact que les experts se sont référés à la littérature pour dire que, de manière générale, les entorses de cheville pouvaient parfois prendre jusqu'à un an, voire plus dans certains cas, pour un rétablissement complet, ils ont en revanche retenu, dans le cas spécifique de la recourante, qu'il était probable que la durée des symptômes ayant suivi l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 était liée à une déstabilisation de la lésion ostéochondrale. Les experts ont également relevé que l'entorse était un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied, ce qui expliquait également qu'elle avait pu être douloureuse plus longtemps qu'à l'ordinaire, comme l'avaient relevé les Drs F_____ et H_____ avec lesquels ils étaient d'accord. Les conclusions des experts sont fondées sur leurs propres

A/3637/2015 - 20/22 - constats, l'anamnèse, les plaintes de la recourante et la littérature. Ils ont procédé à une étude sérieuse de la situation, de sorte que l'on ne peut leur reprocher de s'être référés sans motivation à l'appréciation des Drs F_____ et H_____ quant au type d'entorse subie. De plus, la description de l'entorse telle que retenue par ces derniers ressort clairement du rapport établi le 24 mars 2015 par le Dr D_____, qui mentionnait que lors de

l'accident du 23 septembre 2014, un enfant était tombé sur la face interne de l'avant-pied de la recourante dont la cheville avait été entraînée en rotation externe jusqu'à ce que la face latérale de l'avant-pied touche le sol. Le Dr B_____, qui a vu la recourante juste après l'évènement du 23 septembre 2014, avait mentionné dans son rapport du 12 janvier 2015 un traumatisme (à la cheville) en inversion avec un craquement ressenti. L'on ne peut dès lors soutenir que la recourante n'a subi qu'une contusion ou une entorse bénigne. Il ressort des considérations qui précèdent que les experts ont expliqué de façon détaillée et convaincante pour quels motifs ils retenaient que le statu quo sine avait été retrouvé un an après l'évènement du 23 septembre 2014. Leurs conclusions ne sont pas sérieusement mises en cause par le rapport succinct établi le Dr G_____ le 4 décembre 2017, lequel n'a pas lui-même examiné la recourante, ni par celui du Dr D_____ dont la force probante n'a pas été retenue. Il faut également relever que les conclusions des deux médecins précités se contredisent. En effet, le Dr D_____ a admis un lien de causalité entre l'entorse subie par la recourante puisqu'il a fixé le statu quo sine à six mois après l'évènement accidentel alors que le Dr G_____ a conclu à une absence de lien de causalité entre l'évènement et la lésion ostéochondrale et ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité avec l'entorse. En conclusion, le rapport d'expertise du 24 novembre 2017 doit se voir reconnaître pleine force probante et il y a lieu ainsi de retenir que le statu quo sine a été retrouvé un an après l'évènement, soit le 23 septembre 2015, et que l'intimé doit donc prendre en charge le cas jusqu'à cette date. Fondé, le recours sera admis. La décision rendue par l'intimée le 17 septembre 2015 sera annulée et il sera dit qu'elle doit verser ses prestations à la recourante jusqu'au 23 septembre 2015. 13. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. L'assuré qui agit dans sa propre cause sans l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un individu doit normalement assumer dans la gestion de ses affaires (cf. ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21; 110 V 72 consid. 7 p. 81; 135 V 473 consid. 3.3 p. 473; arrêt du Tribunal fédéral 9C_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 6.2). En l'espèce, il ne sera pas alloué de dépens à la recourante qui a agi sans l'assistance d'un avocat dans une cause d'une complexité et d'une importance relatives n'ayant

A/3637/2015 - 21/22 - pas exigé un investissement particulier de sa part, au sens de la jurisprudence précitée. 14. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3637/2015 - 22/22 - 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.