

GE_GERICHTE ATAS/397/2018 vom 8. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_397_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/397/2018 du 8 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/397/2018 del 8 maggio 2018

Erwägungen

E. 23

Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, l'assurance-accidents a établi, le 12 septembre 2016, une décision refusant la prise en charge des suites de l'ostéonécrose, les éléments figurant dans les rapports des médecins traitants

A/2417/2017 - 5/15 - ramenant en réalité au principe « post hoc, ergo propter hoc », inapplicable en matière d'assurances sociales. Partant, l'assurance-accidents n'entendait pas modifier sa position. La prise en charge des suites de l'ostéonécrose était par conséquent refusée.

E. 24

Le 13 octobre 2016, l'assurée, agissant en personne, a formé opposition à la décision du 12 septembre 2016, relevant notamment que selon le Dr E_____, l'ostéonécrose pouvait également résulter d'un traumatisme important, sans fracture ni luxation. Par ailleurs, quand bien même les causes d'une ostéonécrose pouvaient être diverses, le Dr E_____ avait retenu que la cause traumatique était la seule étiologie possible dans son cas. Cette appréciation était fondée sur l'étude du dossier, ainsi que sur les diverses investigations, notamment sur le plan angiologique. Partant, l'assurée concluait à la prise en charge des troubles dont elle souffrait, ceux-ci étant consécutifs à l'accident assuré. L'assurée a complété son opposition en date du 28 janvier 2017, relevant encore que selon la littérature médicale, une chute de tout son poids sur les fesses pouvait provoquer la rupture de l'artériole de la hanche, même sans fracture. Privé d'irrigation, le cartilage commençait ainsi à se nécroser en l'espace de quelques semaines. Par ailleurs, selon les revues spécialisées, une ostéonécrose aseptique non traumatique était très souvent bilatérale et/ou se développait ailleurs. Dans tous les cas, s'il s'agissait d'une maladie préexistante, l'accident assuré l'avait tout au moins décompensée.

E. 25

Dans le cadre de l'examen de l'opposition précitée, l'assurance-accidents a soumis le dossier de l'assurée au docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil, Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC). Dans son rapport sur dossier établi le 20 février 2017, le médecin précité a expliqué que la notion d'ostéonécrose (nécrose osseuse) visait la mort d'un fragment osseux, résultant d'une interruption directe ou indirecte de la circulation sanguine dans le fragment en question, d'origine post-traumatique, infectieuse ou sans traumatisme précédent. Dans la mesure où une infection de l'os (ostéomyélite ou ostéite) n'était pas présente chez l'assurée, il s'agissait d'une nécrose osseuse aseptique. Dans 90% des cas, l'irrigation sanguine de l'articulation de la hanche (y compris de la tête fémorale) était assurée par les artères circonflexes interne et externe de la cuisse et leurs ramifications irradiant dans la capsule

articulaire. Dans environ 15% des cas, la tête fémorale était également alimentée par l'artère fémorale. L'irrigation fémorale pouvait être perturbée par une lésion vasculaire résultant d'une chute ou par un trouble de la circulation résultant de différentes maladies. Chez les adultes, les causes les plus fréquentes de l'ostéonécrose étaient notamment les suivantes : blessures accidentelles avec lésions vasculaires (fracture du col du fémur proche de la tête fémorale), lésions de la tête fémorale dues à l'alcoolisme, à des irradiations, à la prise de corticoïdes, de cytostatiques (médicaments prescrits dans le traitement de cancers) ayant des propriétés toxiques pour les os, des perturbations métaboliques de l'irrigation sanguine de la tête

A/2417/2017 - 6/15 - fémorale comme une acidité biliaire ou une glycémie élevée en cas de diabète de type 2, etc. Malgré les nombreuses méthodes modernes de diagnostics et les études disponibles, toutes les causes de la nécrose de la tête fémorale n'étaient pas connues. En principe, une fracture proche de la tête fémorale était nécessaire pour admettre une nécrose traumatique, fracture qui conduisait à une atteinte de l'artère circonflexe ou à une luxation de la hanche. Dans la mesure où ni fracture ni luxation ou encore lésion vasculaire n'avaient été mises en évidence, une nécrose traumatique apparaissait peu vraisemblable dans le cas de l'assurée.

E. 26

Par décision du 4 mai 2017, l'assurance-accidents a écarté l'opposition de l'assurée et confirmé celle du 12 septembre 2016, considérant que selon les médecins consultés – autres que les médecins traitants de l'assurée –, le lien de causalité entre la chute du 16 avril 2014 et les premiers signes d'ostéonécrose de la hanche gauche n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante en l'absence d'une lésion vasculaire, d'une fracture proche de la tête fémorale ou d'une luxation de la hanche. Il apparaissait dès lors plus vraisemblable que des facteurs étrangers aient contribué à la nécrose de la hanche. Quand bien même des facteurs non accidentels n'avaient pu être mis en évidence, il ne pouvait être conclu à l'absence de tels facteurs, étant donné que toutes les causes d'une nécrose de la hanche n'étaient pas connues malgré les nombreuses méthodes modernes de diagnostics et la qualité des études. Ainsi, même si les causes non accidentelles les plus fréquentes ne se retrouvaient pas dans le cas de l'assurée, on ne pouvait exclure une nécrose de la hanche de nature non accidentelle. Retenir une cause traumatique pour la simple raison qu'une chute avait eu lieu ne pouvait être admis en application du seul principe « post hoc ergo propter hoc ». Or, les médecins traitants de l'assurée avaient essentiellement procédé à une telle appréciation. En résumé, quand bien même une cause traumatique était envisageable, il n'en demeurerait pas moins que d'autres causes étaient également possibles. Par ailleurs, l'assurée avait souffert d'un cancer du sein diagnostiqué en 2009 et était fumeuse.

E. 27

Le 2 juin 2017, l'assurée (ci-après : la recourante), agissant en personne, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 4 mai 2017, concluant à ce que la chambre de céans examine les causes traumatiques de l'ostéonécrose et, cela fait, statue sur les « conséquences pécuniaires, physiques et sociales de cet accident ». Après avoir résumé les faits, la recourante a notamment expliqué qu'elle avait tardivement déclaré le sinistre, dès lors que ses médecins traitants avaient dans un premier temps exclu les étiologies autres que le traumatisme. Par ailleurs, elle avait été examinée par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, « expert LAA » (recte médecin d'arrondissement de la

caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [SUVA]) dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité et ce médecin lui avait dit oralement « surtout ne lâchez rien avec l'Helvetia, car sur cette IRM on voit clairement que l'ostéonécrose est - naissante - ce n'est pas une maladie et puis vous étiez une personne très active jusqu'au 13 avril 2014 » (sic). Dans tous les cas, s'il s'agissait effectivement d'une

A/2417/2017 - 7/15 - maladie, l'atteinte aurait été bilatérale et elle se demandait dès lors pourquoi sa hanche droite se portait très bien.

E. 28

L'assurance-accidents (ci-après : l'intimée) a répondu par écriture du 27 juillet 2017 et conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Se référant au dossier constitué par l'office de l'assurance-invalidité (OAI), saisi par la recourante à une date inconnue, l'intimée a relevé que de l'aveu même de la recourante, celle-ci aurait « cumulé les ennuis de santé depuis 2009 », avec un cancer du sein, des problèmes urologiques, des difficultés vasculaires, sous la forme de thromboses aux jambes et au visage dès qu'il faisait chaud. Par ailleurs, selon les pièces fournies par l'employeur à l'OAI, la recourante aurait été incapable de travailler pendant deux mois en 2013 pour cause de maladie, sans précisions. En consultant le dossier de l'OAI, l'intimée avait pu prendre connaissance d'un rapport du Dr C_____ du 25 janvier 2016, dans lequel il était fait état d'une ostéonécrose du genou gauche, ce qui constituait un argument supplémentaire en faveur d'une ostéonécrose de nature malade selon le Dr G_____. Par ailleurs, l'intimée ne connaissait pas le Dr H_____ et n'était dès lors pas à même de juger s'il était expert LAA. Dans tous les cas, son expertise, laquelle devait être demandée à l'OAI, ne se prononçait pas directement sur la causalité entre la chute et l'ostéonécrose. Si, en raison de la chronologie des événements, le Dr H_____ sous-entendait une causalité, le principe « post hoc, propter hoc », ne constituait pas un moyen de preuve. Pour le surplus, l'intimée a repris les termes de sa décision sur opposition.

E. 29

Le 28 août 2017, la recourante a produit sa réplique et a notamment précisé qu'elle ne souffrait pas de thromboses aux jambes et au visage, mais d'une allergie due à la chaleur, sous forme de plaques rouges. D'ailleurs, les échodopplers effectués ne démontraient aucune prédisposition aux thromboses. La recourante a également contesté souffrir d'une ostéonécrose du genou gauche. En effet, l'atteinte à ce genou consistait en une ostéochondrite. En 2002, elle avait effectué une randonnée en trottinette de plusieurs kilomètres. Les mouvements répétés (taper du pied pour avancer) sur le genou gauche avaient entraîné une « souris » dans le genou, ce qui avait nécessité une mosaïcoplastie (auto-greffe), laquelle s'était usée avec le temps. La recourante doutait également du fait que l'intimée ne connaissait pas le Dr H_____, au vu de son activité au sein de la SUVA. L'IRM qu'elle avait soumise au médecin précité comportait une datation se référant à une référence internationale, l'ARCO, laquelle était classée en quatre stades. Or, la radiographie et l'IRM du 24 juillet 2014 faisaient état d'une ostéonécrose de stade 1, voire 0, soit existant depuis moins de six mois.

E. 30

Dans sa duplique du 27 octobre 2017, l'intimée s'est référée à une nouvelle prise de position du Dr G_____, datée du 16 octobre 2017, et a rappelé que l'ostéonécrose n'était pas forcément bilatérale. Concernant le genou, tant le Dr C_____ que le Dr E_____

avaient fait état d'une nécrose du genou ou du condyle interne. S'agissant de ce dernier praticien, force était de constater qu'il a clairement exprimé son incertitude dans son rapport du 7 octobre 2016, en n'excluant pas que la nécrose en

A/2417/2017 - 8/15 - question puisse faire suite à la chute. Ce faisant, il retenait une causalité certes possible, mais nullement hautement vraisemblable. Pour le surplus, l'intimée a maintenu sa position. En annexe à la duplique figurait le rapport du Dr G_____ du 16 octobre 2017, dont il ressort qu'une ostéonécrose de la hanche est, dans 30% à 70% des cas, bilatérale. Les ostéonécroses ne sont toutefois pas simultanées, mais peuvent être différées. Par conséquent, la présence d'une ostéonécrose unilatérale de la hanche ne constituait pas un moyen suffisant pour prouver le caractère traumatique de l'ostéonécrose. Par ailleurs, la présence d'une nécrose de la tête du fémur, au premier stade, n'était pas non plus de nature à prouver l'origine traumatique de cette atteinte. Pour le surplus, le Dr G_____ a persisté dans les termes de sa précédente appréciation.

E. 31

Par écritures spontanées du 10 décembre 2017, la recourante s'est prononcée sur la duplique du 27 octobre 2017, confirmant que le Dr H_____ lui avait expliqué, oralement, qu'une ostéonécrose se datait sur une IRM et que celle du 24 juillet 2014 démontrait précisément que l'ostéonécrose était naissante. L'IRM du mois de juillet 2017 ne mettait pas en évidence d'ostéonécrose au niveau de la hanche droite. S'agissant de ses problèmes de santé en 2013, ils concernaient la cataracte, la vésicule biliaire et l'endométriase dont elle était atteinte.

E. 32

L'intimée s'est prononcée sur les observations de la recourante le 8 janvier 2018 et a rappelé qu'elle n'avait pas à apporter la preuve de l'existence de causes étrangères à l'accident. En revanche, il appartenait à la recourante de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Or, elle avait établi à satisfaction de droit que la nécrose de la hanche de la recourante pouvait avoir des origines diverses et qu'aucune cause n'apparaissait plus vraisemblable qu'une autre. La corrélation avec la chute n'avait été faite qu'en 2016, soit plus de deux ans après les faits, ce qui mettait en évidence que la cause traumatique n'était qu'une simple éventualité.

E. 33

Le 23 avril 2018, la recourante a encore produit un rapport d'IRM du genou gauche, effectuée 4 avril 2018, dans le but de trouver un argument pour une ostéonécrose aseptique. Selon le compte-rendu y relatif, daté du même jour, l'examen précité a mis en évidence une chondropathie fémoro-tibiale interne, de grade IV, avec un aspect irrégulier de la surface articulaire, des ostéophytes intra-articulaires et un œdème sous-chondral. En regard des conclusions, la recourante a ajouté, à la main, « chondropathie du joggeur =/= ostéonécrose aseptique donc même aux genoux ce n'est pas une maladie et encore moins pré-existante ».

E. 34

Ce rapport a été transmis à l'intimée, qui a persisté dans ses conclusions par courrier du 30 avril 2018.

E. 35

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

A/2417/2017 - 9/15 - 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. 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. 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 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de ne pas prendre en charge les suites de l'ostéonécrose dont la recourante souffre (traitement médical et incapacité de travail). Est plus particulièrement litigieuse la question de la causalité naturelle entre l'accident assuré et l'ostéonécrose. 6. a. 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 (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). b. 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

A/2417/2017 - 10/15 - causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de

cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191, U 93/96, consid.1c; arrêt 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2). 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/2417/2017 - 11/15 - (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. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF

125 V 351 consid. 3). 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. b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b

A/2417/2017 - 12/15 - ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588/2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). b/bb. 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 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). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 9. 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 des 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). b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par

A/2417/2017 - 13/15 - exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 10. En l'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge les suites de l'ostéonécrose (traitement et incapacité de travail) en l'absence d'un lien de causalité entre l'événement assuré du mois d'avril 2014 et l'atteinte en question. À l'appui de cette décision, elle invoque essentiellement les rapports des Drs F_____ et G_____ des 30 juillet 2016, 20 février et 16 octobre 2017. Pour sa part, la recourante se fonde sur les rapports des Drs C_____ et E_____ ainsi que sur les déclarations du Dr H_____ pour qualifier son atteinte de traumatique. Il convient donc préalablement d'examiner la valeur probante des rapports en question. Force est tout d'abord de relever que les médecins-conseils de l'intimée n'ont pas examiné la recourante pour établir leurs appréciations des 30 juillet 2016, 20 février et 16 octobre 2017, sur lesquelles l'intimée s'est fondée pour refuser de prendre en charge les suites de l'ostéonécrose. Selon la jurisprudence fédérale, pour pouvoir avoir une valeur probante, une appréciation sur dossier doit se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré. Or, force est de constater que le dossier ne contient aucune appréciation médicale explicitant les plaintes de la recourante et les constatations cliniques des médecins. Par conséquent, pour ce motif déjà, les appréciations des médecins-conseils de l'intimée présentent une valeur probante amoindrie. À cela s'ajoute le fait que lesdites appréciations ne comportent aucune anamnèse, ne listent pas les pièces et ne se prononcent à aucun moment sur la possibilité d'une décompensation – voire d'une aggravation – d'un état maladif préexistant. Dans de telles circonstances, les conclusions des médecins-conseils de l'intimée ne sont que théoriques et ne prennent pas en considération les particularités du cas de la recourante. Par conséquent, à défaut d'être fondées sur un nombre suffisant d'appréciations elles-mêmes basées sur un examen personnel de l'assurée et de se prononcer sur tous les points litigieux, y compris sur la problématique de la décompensation ou de l'aggravation d'un état antérieur, les rapports des médecins d'arrondissement sont à l'évidence dénués de toute valeur probante. De son côté, la recourante ne produit pas non plus de pièce répondant aux réquisits jurisprudentiels. En effet, les brefs rapports de ses médecins traitants ne comportent ni anamnèse ni description des plaintes ou encore des constatations cliniques. Leurs

A/2417/2017 - 14/15 - conclusions ne sont pas motivées et semblent être fondées sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », inapplicable en matière d'assurances sociales. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre l'ostéonécrose et l'accident

assuré. Bien plus, aucun des médecins ne s'est posé la question d'une décompensation, voire d'une aggravation, d'une atteinte préexistante, alors que la recourante avait évoqué cette possibilité dans son complément d'opposition. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 14 avril 2014 et l'ostéonécrose dont était atteinte la recourante, éventuellement sous la forme d'une décompensation ou d'une aggravation d'un état antérieur, et la date d'un potentiel retour à un statu quo. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de ses médecins-conseils très peu motivés et ne disposant d'aucune valeur probante. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique sur le lien de causalité entre l'ostéonécrose et l'accident du 14 avril 2014 et, dans l'affirmative, sur la date d'un éventuel statu quo. Dans l'optique de l'expertise, la chambre de céans invite d'ores et déjà la recourante à transmettre au médecin-conseil de l'intimée les clichés de l'imagerie médicale (afin que l'expert puisse être en mesure de dater l'ostéonécrose), ainsi que tous les rapports, notamment de sortie, établis par les médecins qu'elle a consultés et les établissements hospitaliers dans lesquels elle a séjourné. Dans cette même optique, il appartiendra également à l'intimée de solliciter le dossier constitué par l'OAI, dont les pièces pertinentes devront être jointes au dossier de la recourante, contrairement ce qui a été le cas dans la présente procédure. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 4 mai 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant gain de cause, n'est pas représentée, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2417/2017 - 15/15 - 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.