

## **GE\_GERICHTE ATAS/475/2015 vom 23. Juni 2015**

GE Cour de justice, 2015-06-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_475\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_475_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/475/2015 du 23 juin 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/475/2015 del 23 giugno 2015

### **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 - 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.

#### **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, compte tenu de la suspension des délais prévue à l'art. 38 al. 4 let. c et des art. 56ss LPGA.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du

#### **E. 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

A/307/2015 - 15/21 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

#### **E. 8**

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

#### **E. 9**

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 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).

#### **E. 10**

a. 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

A/307/2015 - 16/21 - manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b. 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). c. 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). d. 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).

#### **E. 11**

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).

#### **E. 12**

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

A/307/2015 - 17/21 - 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).

#### **E. 13**

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. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle

selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

#### **E. 14**

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 raison 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'en 2011, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe

A/307/2015 - 18/21 - tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

#### **E. 15**

En l'espèce, l'intimée estime que l'atteinte subie par la recourante à son genou gauche n'est plus en lien de causalité avec l'accident du 25 juillet 2012, postérieurement à la date du 7 février 2013. A cet égard, elle se base principalement sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr I\_\_\_\_\_, retenant que le dernier IRM réalisé le 7 février 2013 ne montrait plus de lésions post-traumatiques consécutives à l'accident du 25 juillet 2012, et considérant un retour à l'état antérieur dans un délai de six mois. La recourante conteste, quant à elle, ces conclusions et soutient, notamment sur la base des constatations du Dr N\_\_\_\_\_, souffrir de lésions en lien avec cet accident, au-delà du 7 février 2013.

#### **E. 16**

A la lecture de l'ensemble des pièces du dossier, il apparaît à la chambre de céans que les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies, en tant qu'elles retiennent un statu quo au 7 février 2013. a. D'une part, le Dr I\_\_\_\_\_ déduit à tort des constatations du Dr N\_\_\_\_\_ que la bursite post-traumatique, diagnostiquée sur l'IRM de septembre 2012, se

serait résorbée, au vu de l'IRM de février 2013.

En effet, dans son rapport du 9 septembre 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ indiquait avoir constaté sur l'IRM de septembre 2012 une zone blanche entre la peau et la rotule qui correspondait à une collection de liquides dans la bourse pré-rotulienne, et se bornait en réalité à relever que l'IRM de février 2013 ne permettait plus de voir cette collection liquidienne. Il en déduisait que cette collection liquidienne était transitoire, mais qu'elle correspondait à une bursite post-traumatique.

De plus, le Dr N\_\_\_\_\_ relevait, tant dans ce rapport que dans son courrier du 10 janvier 2015, que les symptômes présentés par la recourante découlaient d'une insuffisance du quadriceps qui faisait partie des pathologies notoirement et fréquemment rencontrées après un choc antérieur, en particulier quand celui-ci se traduisait par une bursite consécutive. Il maintenait donc l'existence d'une bursite post-traumatique.

Le Dr N\_\_\_\_\_ attribuait ainsi clairement la symptomatologie présentée par la recourante à l'existence d'une bursite post-traumatique, sans fixer de statu quo à cette lésion, tel que précisé dans son complément du 13 septembre 2013.

b. D'autre part, le Dr I\_\_\_\_\_ écarte de manière peu convaincante la décompensation d'un état maladif préexistant en lien avec l'accident, plus

A/307/2015 - 19/21 - particulièrement en la forme d'un syndrome fémoro-patellaire (ou syndrome rotulien), tel que soutenu par la recourante.

En effet, dans son rapport du 18 juin 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ concluait au fait que l'accident du 25 juillet 2012 avait décompensé un syndrome fémoro-patellaire préexistant, mais auparavant asymptomatique. Pour le praticien, la pathologie du compartiment antérieur du genou (syndrome fémoro-patellaire), dans un contexte de chondropathie rotulienne préexistante et de probable dysplasie trochléenne, semblait être effectivement au premier plan.

Dans son rapport du 8 août 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_ retenait également l'existence d'un tel syndrome.

De même, dans son rapport du 9 septembre 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ remarquait, sur l'IRM de septembre 2012, des images d'altérations du cartilage derrière la rotule, qui n'avaient pas été interprétées par le radiologue. A son sens, ces images pouvaient être liées au choc ou être préexistantes. Le rapport relatif à l'IRM du 10 septembre 2012 mentionnait toutefois une ulcération cartilagineuse et une fissure touchant les  $\frac{3}{4}$  de l'épaisseur du cartilage rotulien à la limite entre la facette rotulienne externe et la crête de la rotule. L'IRM du 7 février 2013 concluait, quant à lui, à une chondropathie rotulienne et condylienne, tout en indiquant qu'il n'y avait pas eu d'évolution significative depuis l'IRM précédent. Certes, dans son appréciation du 17 novembre 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ expliquait-il, au sujet de ces images de chondropathie rotulienne, qu'en l'absence d'un œdème localisé en regard, elles pouvaient être considérées comme anciennes. En effet, s'il s'agissait d'une lésion récente, un œdème localisé au niveau de la trochlée fémorale (images en miroir) devait être constatée, ce qui n'apparaissait pas sur les images des différents examens menés. Cependant, le rapport relatif à l'IRM du 10 septembre 2012 fait état d'un œdème. De plus, le Dr J\_\_\_\_\_ relevait, dans son rapport du 24 avril 2013, la persistance d'un œdème du plateau externe, et indiquait, dans son rapport du 18 juin 2013, que l'œdème du plateau tibial externe était probablement d'origine traumatique. De même, la Dresse M\_\_\_\_\_ relevait, dans son rapport du 8 août

2013, que l'œdème du plateau externe, antérieur, pouvait résulter du traumatisme initial.

**E. 17**

Ainsi, s'agissant de la bursite post-traumatique diagnostiquée tant par le Dr N\_\_\_\_\_ que par le Dr I\_\_\_\_\_, aucune pièce ne permet de retenir un statu quo. Concernant les problèmes de la rotule préexistant chez l'assurée, le dossier ne permet pas non plus, en l'état, de déterminer si ces troubles sont en lien de causalité avec l'accident du 25 juillet 2012, ni d'exclure cette hypothèse.

A/307/2015 - 20/21 -

Dans ces conditions, il apparaît nécessaire qu'un expert indépendant se détermine sur le cas de la recourante. L'intimée n'ayant pas mis en œuvre une telle expertise, il se justifie de lui renvoyer la cause pour ce faire, conformément à la jurisprudence citée et en application de l'art. 44 LPGa.

**E. 18**

Compte tenu de ce qui précède, le recours est bien fondé. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**E. 19**

La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est allouée à titre de participation à ses frais et dépens, compte tenu du nombre d'écritures (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/307/2015 - 21/21 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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