

# **GE\_GERICHTE ATAS/729/2016 vom 12. September 2016**

GE Cour de justice, 2016-09-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_729\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_729_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/729/2016 du 12 septembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/729/2016 del 12 settembre 2016

## **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**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

A/482/2015 - 11/22 -

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations au 23 novembre 2014.

### **E. 5**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 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). 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. 6**

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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). b. 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

A/482/2015 - 12/22 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

## **E. 7**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures ; b. Les déboîtements d'articulations ; c. Les déchirures du ménisque ; d. Les déchirures de muscles ; e. Les élongations de muscles ; f. Les déchirures de tendons ; g. Les lésions de ligaments ; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un

accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid.4 ; ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c). La

A/482/2015 - 13/22 - notion de cause extérieure suppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). c. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c). d. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur- accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il

faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y

A/482/2015 - 14/22 - a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

## **E. 8**

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 (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). 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 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). c. 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 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).

A/482/2015 - 15/22 - 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

### **E. 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).

### **E. 10**

a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et

A/482/2015 - 16/22 - des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (AT 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du

Tribunal fédéral des assurances U.179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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).

### **E. 11**

Enfin, 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'à récemment, 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 des assurances 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 tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (AT 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

A/482/2015 - 17/22 - 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. 12**

En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée a retenu qu'à compter du 23 novembre 2014, l'atteinte au genou droit du recourant n'est plus en lien de causalité naturelle avec cet événement. Il n'est pas contesté par les parties, ni contestable, qu'au jour de l'accident survenu le 19 avril 2014, le genou droit du recourant présentait des atteintes dégénératives, qu'il avait déjà subi une rupture du ligament croisé antérieur et une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, ainsi que plusieurs interventions chirurgicales. Il n'est pas non plus contesté par les parties que l'IRM effectuée le 6 mai 2014 a révélé une rupture partielle du ligament collatéral médial au genou droit du recourant (rapport du Dr G\_\_\_\_\_). Etant donné qu'il s'agit d'une lésion du ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, cette atteinte est susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident pour autant que l'événement du 19 avril 2014 en soit en partie à l'origine. En l'occurrence, l'intimée ne prétend pas que la rupture partielle du ligament serait

manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Au demeurant, le Dr H\_\_\_\_\_ (rapport du 6 août 2014) et la Dresse I\_\_\_\_\_ (rapports des 12 novembre 2014 et 7 janvier 2015) ont admis que les troubles au genou droit du recourant avaient été en partie causés par l'accident du 19 avril 2014. Enfin, le Dr J\_\_\_\_\_ a expliqué que les changements brusques de direction latéralement étaient effectivement évoqués lors des ruptures partielles du ligament collatéral médial (rapport du 16 novembre 2015). Il s'ensuit que l'événement du 19 avril 2014 est à l'origine de la rupture partielle du ligament collatéral médial du genou droit du recourant, soit une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, de sorte que l'intimée était tenue de la prendre en charge, ce qu'elle a d'ailleurs fait. Cela étant, l'intimée est d'avis qu'à compter du 23 novembre 2014, les plaintes relatives au genou droit ne sont plus en lien avec l'accident, en se référant aux appréciations de la Dresse I\_\_\_\_\_ et du Dr J\_\_\_\_\_. Par rapports des 12 novembre 2014 et 7 janvier 2015, la Dresse I\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait des troubles dégénératifs multiples à son genou droit. L'IRM avait montré une altération du ligament collatéral interne du genou droit qui pouvait être en relation avec une entorse mais également avec une atteinte dégénérative. Sans autre atteinte récente sur l'IRM du 6 mai 2014, on ne pouvait retenir à long terme une décompensation passagère d'un genou montrant des lésions dégénératives évidentes. Au vu de la description du traumatisme, l'assuré avait

A/482/2015 - 18/22 - présenté une manifestation d'un état antérieur. Dès lors, les effets délétères de l'événement du 19 avril 2014 étaient définitivement éliminés six mois après le traumatisme. Par rapport du 23 novembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé que dans le cas d'un diagnostic de lésion partielle de la portion profonde du ligament collatéral médial, et tenant compte d'éventuels remaniements cicatriciels par la suite, un lien de causalité entre des troubles résiduels éventuels et un status de rupture partielle pouvait être acceptable jusqu'à six mois après cette rupture. Il n'y avait pas d'argument probant pour retenir une atteinte séquellaire de l'entorse, mais il était clair en revanche que l'on pouvait tout à fait admettre une symptomatologie persistante au niveau du genou droit en considération des troubles dégénératifs. La chambre de céans relèvera que la Dresse I\_\_\_\_\_ semble considérer que l'altération du ligament était préexistante à l'accident, ce qui n'est corroboré par aucun autre médecin, et en particulier pas par le Dr J\_\_\_\_\_. Par ailleurs, les considérations d'ordre général émises par ce dernier, ne permettent pas de retenir que l'atteinte au genou droit du recourant présentait un caractère exclusivement dégénératif clairement établi six mois après l'accident. Ce médecin ne fait en effet état d'aucun élément concret qui pourrait fonder un retour au statu quo six mois après l'accident. Si le Dr J\_\_\_\_\_ indique certes qu'il n'y a pas d'argument probant pour retenir une atteinte séquellaire de l'entorse, son rapport ne permet toutefois pas de comprendre sur quels éléments il se fonde pour parvenir à cette conclusion. En outre, le fait qu'une symptomatologie puisse persister en raison de troubles dégénératifs, ne suffit pas encore à retenir que les causes accidentelles auraient complètement disparu. Par conséquent, les rapports des Dr I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ne comportent aucune réelle motivation convaincante quant à un retour au statu quo sine/ante six mois après l'accident, de sorte qu'ils sont insuffisamment probants. Par ailleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ a certes expliqué par-devant la chambre de céans, que lors de la consultation du 1er mai 2015, le statu quo n'avait pas encore été atteint, car le recourant se plaignait alors de douleurs au niveau de l'insertion osseuse et au niveau du condyle fémoral interne. Selon ce médecin, les douleurs persistantes étaient clairement en relation avec le traumatisme du 19 avril 2014. La chambre de céans ne saurait toutefois se fonder sur les seules explications succinctes du Dr F\_\_\_\_\_

- émises en tant que chirurgien orthopédique traitant - pour retenir que le lien de causalité naturelle a persisté au-delà du 23 novembre 2014. Force est donc de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires et probants pour statuer sur la question litigieuse du droit du recourant aux prestations relatives à son genou droit au-delà du 23 novembre 2014. L'intimée n'ayant pas instruit correctement la situation médicale du recourant, la cause lui sera renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise indépendante, selon la

A/482/2015 - 19/22 - procédure prévue par l'art. 44 LPGA, et ayant pour but de déterminer à partir de quelle date le statu quo sine/ante a été atteint, étant rappelé que dans le cas des lésions assimilées à un accident, l'on ne peut pas se fonder simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et les références citées). Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'une expertise n'a pas encore été mise en œuvre par l'intimée. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision.

### **E. 13**

Le recourant fait encore valoir qu'il souffre d'une atteinte à l'épaule droite en lien de causalité avec l'accident. L'intimée, qui ne s'est pas prononcée sur ce point dans le cadre de sa décision litigieuse, a fait valoir dans un premier temps que les plaintes concernant l'épaule droite ne pouvaient être imputées à l'accident du 19 avril 2014 étant donné que le recourant les avaient évoquées pour la première fois dans le cadre de son opposition. Contrairement à ce qu'avance l'intimée, on ne saurait mettre en doute l'existence de douleurs à l'épaule droite au jour de l'accident du 19 avril 2014, au motif que le recourant n'en a pas fait état avant son opposition. Si la déclaration de sinistre ne fait certes pas état de l'existence d'une atteinte à l'épaule droite, il n'en demeure pas moins que les pièces versées à la procédure ont permis d'établir que le recourant se plaignait de douleurs à l'épaule droite en se présentant au service des urgences de la clinique des Grangettes (rapport du 19 avril 2014) ainsi que lors de sa première consultation chez le Dr F\_\_\_\_\_ le 5 mai 2014. A cet égard, ce médecin a expliqué avoir constaté une contusion du sus-épineux, ce qu'il n'avait pas mentionné dans les rapports initiaux (rapport du 1er mai 2015). Il a par ailleurs indiqué lors de son audition par-devant la chambre de céans que le recourant lui avait expliqué qu'il avait été victime d'un accident avec torsion du genou droit et chute sur l'épaule droite. En outre, dans la mesure où l'intimée avait pris en charge les séances de physiothérapie pour son épaule droite (bon établi le 5 mai 2014 par le Dr F\_\_\_\_\_), le recourant pouvait en déduire que l'intimée connaissait l'existence de son atteinte et qu'elle admettait son obligation de prise en charge. Cela étant, la chambre de céans est d'avis que les rapports versés à la procédure ne sont pas suffisamment probants pour permettre de statuer sur la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'événement du 19 avril 2014 et les diverses atteintes diagnostiquées à l'épaule droite du recourant (contusion avec conflit sous-acromial, contusion du sus-épineux, déchirure partielle du sus-épineux), et ce pour les motifs qui suivent. On relèvera déjà qu'aucune pièce ne fait état du déroulement précis de l'événement du 19 avril 2014, de sorte que l'on ignore notamment dans quelle position se trouvait le bras droit du recourant lorsque ce dernier a chuté.

A/482/2015 - 20/22 - Par ailleurs, dans son rapport du 23 novembre 2015, le Dr J\_\_\_\_\_ a notamment estimé qu'il n'y avait pas de causalité naturelle entre les troubles signalés au Dr F\_\_\_\_\_ le 5 mai 2014 et l'accident du 19 avril 2014, au motif notamment que le recourant

ne s'était pas plaint de l'épaule droite lors de sa consultation aux urgences. Or, comme cela a déjà été relevé, il est établi que le recourant présentait des douleurs à l'épaule droite lorsqu'il s'est rendu au service des urgences de la clinique des Grangettes (rapport du 19 avril 2014). Par ailleurs, le Dr J\_\_\_\_\_ conteste le diagnostic de contusion du sus-épineux initialement retenu par le Dr F\_\_\_\_\_, en expliquant qu'une chute ne pouvait pas provoquer cette atteinte. Or, dans la mesure où il n'existe pas de descriptif précis de l'événement survenu le 19 avril 2014, on peine à comprendre comment le Dr J\_\_\_\_\_ est parvenu à cette conclusion. On relèvera en outre que postérieurement à la décision litigieuse, une déchirure partielle du tendon du sus-épineux à l'épaule droite a été révélée par arthro-IRM du 12 janvier 2016 (Dr K\_\_\_\_\_). Etant donné qu'il s'agit d'une déchirure du tendon au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, cette atteinte est susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident pour autant que l'événement du 19 avril 2014 en soit en partie à l'origine. A cet égard, dans son rapport du 21 mars 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé que cette lésion n'était pas en lien de causalité avec l'accident, car son aspect morphologique était compatible avec une lésion purement dégénérative. Or, on relèvera qu'il ne suffit pas qu'une atteinte soit compatible avec un phénomène dégénératif pour écarter la responsabilité de l'assureur-accident; il faut encore que l'origine malade ou dégénérative soit manifeste pour exclure toute cause accidentelle (art. 9 al. 2 OLAA). Par ailleurs, ce médecin a considéré qu'une genèse purement traumatique de la déchirure du tendon du sus-épineux était improbable. Or, on rappellera également qu'il n'est pas nécessaire 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1). Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ est d'avis que la contusion du sus-épineux et la contusion sous-acromiale diagnostiquées dans un premier temps, puis la déchirure partielle du tendon du sus-épineux ont été causés par l'événement du 19 avril 2014 (rapports des 1er mai 2015, 21 janvier et 4 avril 2016). Cela étant, ces rapports succincts et peu motivés ne permettent pas de statuer sur la question du lien de causalité entre les troubles à l'épaule droite du recourant et l'événement du 19 avril 2014. A défaut d'informations fiables et suffisantes permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise, selon la

A/482/2015 - 21/22 - procédure prévue par l'art. 44 LPGA, afin de déterminer si l'événement du 19 avril 2014 a provoqué les atteintes à l'épaule droite du recourant.

#### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision sur opposition du 12 janvier 2015 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire concernant le genou et l'épaule droits du recourant, puis nouvelle décision.

#### **E. 15**

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/482/2015 - 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.