

GE_GERICHTE ATAS/874/2016 vom 1. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_874_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/874/2016 du 1 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/874/2016 del 1 novembre 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

- 21/31-

A/3079/2015 Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

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

E. 5

a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). b) Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur

extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié U 499/00 du 12 septembre 2001, consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

- 22/31-

A/3079/2015 c) Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (ATF non publié 8C_693/2010 du 25 mars 2011, consid. 5.2). d) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des

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

- 23/31-

A/3079/2015

E. 6

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). a/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite

- 24/31-

A/3079/2015 d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF

8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 7

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 125 V 351 consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la

- 25/31-

A/3079/2015 manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le

Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). b/bb) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). b/cc) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C_12/2012 consid. 7.1, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2,

- 26/31-

A/3079/2015 9C_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3). c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par

l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 8

mars 2011, dans lequel ce médecin indique qu'il n'est plus possible de retenir un lien de causalité avec la distorsion fémoro-patellaire d'août 2004 ou encore rapport du Dr M_____ du 9 janvier 2012 qui indique que l'événement du 22 août 2005 a tout au plus rendu symptomatique des lésions du genou droit mais que le statu quo aurait dû être retrouvé rapidement). Par ailleurs, les autres conditions de l'accident sont à l'évidence également réalisée : la recourante a souffert d'une atteinte dommageable à son genou droit, qui a été provoquée involontairement. Partant, il convient de confirmer les considérants de cet arrêt dans le sens que l'événement du 22 août 2005 doit être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. b) Pour que l'intimée soit tenue de prêter, un lien de causalité naturelle et adéquate doit exister entre l'accident assuré et l'atteinte au genou droit. L'intimée nie l'existence d'un rapport de causalité naturelle en se fondant sur l'expertise du Dr N_____ du 20 août 2014 et son complément du 1er décembre 2015, alors que la recourante invoque la présence d'un tel lien de causalité en se fondant principalement sur l'avis du Dr J_____ du 5 décembre 2014.

- 28/31-

A/3079/2015 Le Dr N_____ a estimé que la recourante présentait un état préexistant asymptomatique et que l'évènement du 22 août 2005, bénin et ordinaire, avait au plus rendu symptomatique cet état préexistant (expertise N_____ p. 12 et 14) ; par ailleurs, même si une entorse/contusion était admise, le statu quo sine était retrouvé trois mois plus tard (expertise N_____ p. 14). La chambre de céans constate que cette expertise est clairement contredite par l'avis du Dr J_____ du 5 décembre 2014. En particulier, le Dr J_____ a relevé que l'accident avait été minimisé par le Dr N_____, car il s'agissait d'un mécanisme de contraction brutale du quadriceps – avec placage de la rotule contre le condyle fémoral – qui était adéquat pour déclencher une chondropathie rotulienne. A cet égard, il convient effectivement de constater que le Dr N_____ a retenu que l'accident était une succession de petits pas, sans contorsion, ni mouvements extrêmes du genou droit (expertise N_____ p. 12). Ce faisant, il remet en cause l'appréciation faite par la chambre de céans le 8 avril 2013 et présentement confirmée, sans motif valable. Or, comme il a été rappelé ci-dessus, il est admis que la recourante a trébuché et enchaîné des faux pas en se tordant le genou à plusieurs reprises et que ces faits constituent un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Le Dr J_____ a également souligné que l'IRM initiale ne signalait pas de chondropathie débutante, ce qui permettait d'exclure une maladie dégénérative préexistante ; même si une telle maladie était présente, elle n'aurait pas eu l'évolution actuelle sans la présence de l'accident, celui-ci ayant déclenché un processus de ramollissement cartilagineux, puis de fissuration superficielle et profonde latérale. Le Dr J_____ a clairement indiqué que sans l'accident et le traitement chirurgical, l'assurée n'aurait jamais présenté de déminéralisation rotulienne, d'abaissement de la position de la rotule par rétraction du tendon rotulien (patella baja), quand bien même elle aurait présenté une chondropathie latente. Au vu de l'avis du Dr J_____, émanant d'un spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecine et traumatologie du sport, bien motivé et contraire à celui du Dr N_____, l'expertise de celui-ci n'apparaît, contrairement à l'avis de l'intimée, pas probante. En présence d'avis contradictoires, il convient d'ordonner une

expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Dr R_____.

E. 9

La recourante a requis la suppression de la question 2.1., au motif que le Dr E_____ n'avait pas signalé de chondropathie débutante, ainsi que la suppression de la question 1. relative au traitement nécessaire.

- 29/31-

A/3079/2015 Ces deux questions ne seront toutefois pas modifiées, dès lors qu'il importe de savoir, par le biais d'un avis d'expert, si la recourante présentait un état maladif préexistant et si un traitement est encore nécessaire.

E. 10

Enfin, l'intimée conteste le droit de la recourante de répliquer en dehors du délai initial fixé au 18 janvier 2016. A cet égard, il convient de relever que selon l'art. 29 al. 2 Cst., les parties ont le droit d'être entendues. Cela comprend notamment le droit pour une partie à un procès de prendre connaissance de toute argumentation présentée au tribunal et de se déterminer à son propos, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre. Toute prise de position ou pièce nouvelle versée au dossier doit ainsi être communiquée aux parties pour leur permettre de décider si elles veulent ou non faire usage de leur faculté de se déterminer (ATF 139 I 189 consid. 3.2 p. 191 s.; 137 I 195 consid. 2.3.1 p. 197 et les références ; ATF 8C_923/2014 du 23 mars 2015, consid. 2.2). En l'occurrence, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas reçu la réponse de l'intimée du 5 décembre 2015, de sorte que la chambre de céans lui a accordé un délai supplémentaire pour répliquer, dans le respect de son droit d'être entendue. La recourante n'a en toute hypothèse pas répliqué dans le délai prolongé qui lui avait été fixé et les parties pourront toutes deux encore transmettre leurs observations sur l'entier de la procédure après le dépôt du rapport d'expertise judiciaire, de sorte que le droit d'être entendu de l'intimée n'a pas été violé. Quant aux questions complémentaires que l'intimée souhaiterait poser, il n'y a pas lieu de lui accorder un délai supplémentaire ; en effet, l'intimée a reçu, le 15 mars 2016, la mission d'expertise avec un délai pour se déterminer ; même si la justification de l'expertise judiciaire n'est transmise à l'intimée que par la notification de la présente ordonnance, laquelle respecte le devoir de la juridiction de motiver ses décisions (ATF 129 I 232), l'intimée, qui connaît le contexte des faits et l'objet du litige, était parfaitement à même de se déterminer antérieurement sur les questions figurant dans la mission d'expertise du 15 mars 2016.

- 30/31-

A/3079/2015 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement : 2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Chêne- Bougeries. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____. c. Examiner Mme A_____. d. Etablir un rapport détaillé et

répondre aux questions suivantes : e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? f. Quels sont les diagnostics ? g. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? h. 1. Les atteintes à la santé constatées sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 22 août 2005 ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? 2. Veuillez motiver le lien de causalité naturelle pour chaque diagnostic posé. i. Mme A_____ présentait-elle de façon probable (probabilité de plus de 50%) un état maladif du genou droit préexistant à l'accident et asymptomatique ? Si oui : 1) L'accident a-t-il décompensé cet état maladif ? 2) Une symptomatologie due à l'état maladif se serait-elle, même sans l'accident, de toute façon manifestée ? Si oui, à quelle date ? 3) Si l'accident a décompensé un état maladif préexistant, à quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de Mme A_____ est

- 31/31-

A/3079/2015 similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ? j. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr N_____ du 20 août 2014 ? En particulier avec l'affirmation que Mme A_____ présentait très vraisemblablement une chondropathie rotulienne droite latente dont la symptomatologie pouvait débuter à n'importe quel moment ? k. Etes-vous d'accord avec les avis du Dr J_____ des 31 juillet 2007 et 5 décembre 2014 ? En particulier avec l'affirmation d'une absence, probable, d'état maladif du genou droit préexistant et d'un rôle hautement prépondérant de l'accident dans l'évolution du cas ? l. Quel est le traitement prodigué ? Quel est le traitement encore nécessaire ? m. Quel est le pronostic ? n. L'atteinte à la santé entraîne-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive ? Si oui, quel est le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les tables de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte au genou) ci-jointes ?

Une détérioration prévisible de l'intégrité physique doit être indiquée et prise en compte dans l'estimation et seules les atteintes à la santé de Mme A_____ en lien probable avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. o. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. p. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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