

GE_GERICHTE A/2179/2018 vom 16. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2179_2018

FR: GE_GERICHTE A/2179/2018 du 16 mai 2019

IT: GE_GERICHTE A/2179/2018 del 16 maggio 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENVE recourante contre AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, p.a. AXA WINTERTHUR, sise ch. de Primerose 11, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1984, a travaillé, à compter de juillet 2014 pour B_____ Sàrl à Genève et a été assurée à ce titre, contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après l'assureur).!

2. Le 27 octobre 2016, l'assurée, qui se trouvait à Sydney, a glissé alors qu'elle courait et s'est tordu le genou gauche (déclaration d'accident du 29 novembre 2016).!

3. Le 15 novembre 2016, elle a consulté un médecin à Bali en raison de douleurs à son genou gauche.!

4. L'assureur a pris en charge les frais de traitement.!

5. Le 3 novembre 2017, l'assurée a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation.!

6. Le 12 décembre 2017, à la demande du Dr C_____, une imagerie à résonance magnétique (IRM) du genou gauche a été effectuée. !

7. Dans son rapport du 14 décembre 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a relaté que l'assurée avait subi une torsion du genou une année auparavant, avec la persistance d'épisodes de lâchage. !

L'examen a mis en évidence une ancienne rupture complète du ligament croisé antérieur (ci-après LCA) et une rupture partielle du ligament collatéral médial, avec épaissement cicatriciel résiduel, une fissure radiaire partielle de la corne postérieure du ménisque médial se poursuivant par une fissure verticale de toute l'hémi-circonférence postérieure de ce ménisque, une chondropathie légère à modérée de la patella et un petit épanchement intra-articulaire. 8. Le 4 janvier 2018, à la demande de l'assureur, l'assurée a décrit les circonstances de l'accident survenu le 27 octobre 2016. Elle a notamment indiqué qu'en courant, son pied gauche avait glissé dans un trou, son genou s'était tordu et était « rentré à l'intérieur ». Elle était tombée, avait eu très mal et n'avait pu marcher normalement ensuite. Les douleurs étaient apparues tout de suite, le genou avait gonflé et était resté enflé. Le jour-même, elle était allée aux urgences à l'hôpital Prince of Wales, à Sydney, où une radiographie avait été effectuée pour s'assurer qu'elle n'avait pas de fracture. Elle n'avait toutefois pas le nom du médecin. L'assurée a ajouté qu'avant l'accident, elle courait quelques fois par mois. Après l'accident, elle avait dû cesser toute activité physique. Enfin, avant cet événement, elle n'avait pas eu de lésion au genou gauche et n'avait pas été soignée en raison d'une maladie à ce genou. !

9. Le 8 janvier 2018, le Dr C_____ a informé l'assureur que la première consultation avait eu lieu le 3 novembre 2017. L'assurée avait subi une torsion du genou gauche en faisant du sport et depuis, son genou était instable et douloureux. Il ne s'agissait pas d'une rechute. Il avait diagnostiqué une rupture du LCA au genou gauche et une déchirure du ménisque interne. Les symptômes avaient été causés par l'accident et l'assurée n'avait pas souffert auparavant

de troubles similaires. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Il avait sollicité l'avis chirurgical du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.![endif]>![if> 10. Le 9 janvier 2018, le Dr E_____ a répondu à un questionnaire de l'assureur. La première consultation avait eu lieu le 13 décembre 2017. A titre d'anamnèse, le médecin a indiqué "entorse au genou gauche, chute le 27 octobre 2016". Suite à l'accident, l'assurée se plaignait d'une instabilité chronique au genou gauche. Son examen avait objectivé une laxité du LCA au genou gauche et le tableau clinique n'était pas influencé par des facteurs sans rapport avec l'accident. Son diagnostic était une rupture du LCA au genou gauche (à 1 an) et une reconstruction chirurgicale était prévue le 22 janvier 2018, puis de la rééducation. La fin du traitement était prévue dans un intervalle de six à neuf mois.![endif]>![if> 11. Par courriel du 18 janvier 2018, l'assurée a adressé à l'assureur un rapport du 15 novembre 2016 rédigé en anglais par un médecin de l'hôpital Siloam, à Bali, ainsi que les images de l'IRM effectuée dans cet hôpital le 14 novembre 2016. ![endif]>![if> 12. Le 29 janvier 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a noté qu'une consultation, voire une IRM avaient été effectuées à Sydney, puis une nouvelle IRM à Bali. Il n'avait aucun document en sa possession concernant ces consultations et investigations radiologiques. ![endif]>![if> Le Dr F_____ a conclu à une ancienne entorse du genou, soit un LCA, un collatéral médial stade II et une lésion du ménisque interne, toutes trois anciennes. Selon lui, il n'y avait aucun élément médical permettant de dater cette entorse, qui avait pu avoir lieu une année auparavant, mais également deux, trois, cinq, voire même dix ans auparavant. Par conséquent, la causalité naturelle avec l'événement assuré n'était que possible. 13. Le Dr F_____ a complété cet avis le même jour, en précisant que ses recherches lui avaient permis de trouver le certificat de consultation du 15 novembre 2016 établi par l'hôpital Siloam à Bali, évoquant des "douleurs depuis deux semaines et demie avec une sensation d'instabilité. Cliniquement : tuméfaction, varus test -, valgus test + antérieur/postérieur test + MRI as attached. Diagnostic : chronic ACL tear, bone narrow, contusion, meniscal tear lateral post. "![endif]>![if> Le Dr F_____ a relevé que les éléments diagnostiques, soit une instabilité antérieure chronique, avec une contusion osseuse et une lésion méniscale, avaient été établis sur la base d'une IRM qui n'était pas à sa disposition. Il se posait la question de savoir ce qu'était exactement la notion de chronicité, laquelle lui semblait étrange pour des douleurs n'étant présentes que depuis deux semaines et demie. Le Dr F_____ ne pouvait toujours pas se prononcer concernant la relation de causalité entre les lésions du genou et l'événement assuré, si ce n'était que l'assurée présentait une instabilité chronique antérieure dont il ne pouvait préciser la date. Le Dr F_____ a ensuite indiqué que l'IRM effectuée à Bali lui était parvenue. Il y avait en titre : contusion osseuse postéro-externe du tibia, mais il y avait clairement des signes d'une ancienne rupture du croisé, avec un croisé qui n'était pratiquement plus visualisable. Il ne s'agissait pas d'un croisé œdématié, désorganisé, élargi, mais d'un croisé pratiquement inexistant, ce qui correspondait parfaitement à la description d'instabilité chronique figurant dans le rapport de consultation. En conclusion, il s'agissait clairement d'une lésion ancienne, antérieure à l'événement du 27 octobre 2016. 14. Par décision du 6 février 2018, l'assureur, se référant à l'avis de son médecin-conseil, a nié à l'assuré le droit à toute prestation en lien avec le nouveau traitement médical suivi depuis le 3 novembre 2017, faute de lien de causalité entre l'événement survenu le 27 octobre 2016 et les troubles donnant lieu au dit traitement.![endif]>![if> 15. Le 22 février 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision en arguant n'avoir jamais souffert, avant l'événement, de

blessures au genou l'ayant empêchée de faire une activité physique ; selon elle, il était impossible de conclure à une ancienne rupture du ligament croisé, puisqu'elle n'avait jamais souffert de douleurs et d'instabilité au genou gauche auparavant, ainsi que le Dr C_____ pouvait le confirmer. !endif]>![if> Son chirurgien orthopédique estimait qu'il était impossible d'affirmer, sur la base de l'IRM effectuée à Bali, s'il s'agissait, ou non, d'une rupture ancienne. Elle faisait du sport depuis son enfance, même à haut niveau pendant les années précédant l'accident (championnats d'Europe et du monde d'ultimate frisbee). Ce sport nécessitait beaucoup de changement de directions, de sauts, d'accélération et de ralentissements brusques et elle n'aurait pas pu le pratiquer sans ligament croisé. Elle avait essayé de renforcer son genou pour éviter l'opération, mais l'instabilité et les douleurs, toujours présentes, l'avaient amenée à consulter le Dr C_____. L'assurée sollicitait la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr E_____. 16. Par décision du 29 mai 2018, l'assureur a rejeté l'opposition. !endif]>![if> Le Dr F_____ avait conclu, sur la base de l'IRM pratiquée à Bali, à un état pathologique préexistant dégénératif et chronique du genou, manifestement antérieur à l'événement du 27 octobre 2016. Son rapport avait pleine valeur probante. Le fait que l'assurée n'ait pas souffert, avant l'accident, de blessures, de douleurs ou d'instabilité n'était pas un argument à prendre en compte. 17. Dans un courrier du 5 juin 2018 adressé à l'assureur, le docteur G_____, médecin chef de clinique du département de chirurgie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a indiqué avoir opéré l'assurée un mois auparavant. Selon lui, l'IRM du 14 novembre 2016 mettait clairement en évidence une rupture du ligament croisé antérieur aiguë, avec un épanchement intra-articulaire important, des moignons du ligament croisé antérieur encore bien visibles, un hématome dans les tissus mous au niveau du gastrocnémien, surtout en externe, et des contusions osseuses, d'une part du compartiment fémoro-tibial interne parlant en faveur d'une "lésion ramp" ainsi qu'un signe indirect hautement suggestif pour une rupture du ligament croisé antérieur aiguë au niveau du plateau tibial postéro-externe (événement pivot-shift). Il n'y avait aucun signe d'instabilité chronique à l'IRM du 14 novembre 2016 parlant en faveur d'un ligament croisé postérieur coudé ou de lésions dégénératives liées à une instabilité chronique. Selon son interprétation des images et de l'anamnèse de l'assurée, il n'y avait aucune explication parlant contre une rupture du ligament croisé antérieur aiguë datant de l'automne 2016. !endif]>![if> 18. Par écriture du 22 juin 2018 adressée à l'assureur et transmise par ce dernier à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assurée, se fondant sur cet avis, a contesté la décision sur opposition du 29 mai 2018. !endif]>![if> 19. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 19 juillet 2018, a conclu au rejet du recours. !endif]>![if> Elle note que, selon le Dr G_____, l'IRM de novembre 2016 montre des lésions fraîches. Or, pour le Dr F_____, le ligament croisé n'était pratiquement plus visualisable, pratiquement inexistant, et il présentait des signes d'une ancienne rupture. L'intimée soutient que le rapport de son médecin-conseil doit se voir reconnaître pleine valeur probante et rappelle que les médecins traitants sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient. 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), 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).!endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de

la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

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

4. La question litigieuse est de savoir si les troubles du genou gauche présentés par la recourante à compter du 3 novembre 2017 sont en relation de causalité avec l'accident du 27 octobre 2016.

5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 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).

b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 examinent 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).

c. Le seul 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

6. 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 OLAA 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: les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions des ligaments et des tympan.

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 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). 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 (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c). 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). c. 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 (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). 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 (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 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 8. 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 LPGA). 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 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 (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 correspond 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). 9. 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'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).¹⁰ Enfin, 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).¹¹ En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a présenté des troubles au genou gauche dont l'existence est attestée par l'ensemble des pièces médicales se trouvant au dossier. En revanche, est litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel survenu le 27 octobre 2016 et les troubles encore présents et ayant nécessité un traitement à compter du 3 novembre 2017. L'intimée, se fondant sur les conclusions du Dr F_____, soutient que les atteintes au genou gauche ne sont pas en lien de causalité avec l'accident survenu le 27 octobre 2016, ce que la recourante conteste en se fondant sur l'appréciation du Dr G_____. De l'avis du Dr G_____, les lésions du genou gauche, en particulier la rupture du LCA, ont été causées par l'accident survenu le 27 octobre 2016 (rapport du 5 juin 2018). Le médecin argue que l'IRM effectuée le 14 novembre 2016 à Bali met clairement en évidence une rupture du LCA aiguë avec un épanchement intra-articulaire important, des moignons du ligament croisé antérieur encore bien visibles, un hématome dans les tissus mous au niveau du gastrocnémien, surtout en externe, et des contusions osseuses, une part du compartiment fémoro-tibial interne parlant en faveur d'une « lésion ramp » ainsi qu'un signe indirect hautement suggestif pour une rupture du LCA aiguë au niveau du plateau tibial postéro-externe (événement pivot-shift). Il ajoute qu'il n'y a aucun signe d'instabilité chronique à l'IRM. Les Drs C_____ et E_____ sont également d'avis que la rupture du LCA est due à l'accident survenu le 27 octobre 2016 (rapports des 8 et 9 janvier 2018). Pour sa part, le Dr F_____ a estimé dans un premier temps que le lien de causalité naturelle entre l'accident et la rupture du LCA, le collatéral médial stade II et la lésion du ménisque interne ne pouvait être qualifié que de possible. Puis, sur la base de l'IRM effectuée le 14 novembre 2016 à l'hôpital Siloam et du rapport établi par un médecin de cet établissement, il est parvenu à la conclusion que la rupture du LCA était clairement une lésion ancienne, antérieure à l'événement du 27 octobre 2016. Selon le Dr F_____, il existe des signes clairs d'une ancienne rupture du LCA, qu'il décrit comme pratiquement plus visualisable et pratiquement inexistant, ce qui correspond à une instabilité chronique (rapports des 29 janvier 2018). A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, la Cour de céans est d'avis que les rapports du Dr F_____ ne permettent pas d'exclure

l'origine accidentelle des troubles du genou gauche encore présents et ayant entraîné la nécessité d'un traitement à compter du 3 novembre 2017. En effet, selon la jurisprudence rappelée supra, une lésion du ligament et une déchirure du ménisque (atteintes qui figurent à l'art. 9 al. 2 OLAA) sont assimilées à un accident, même si elles ont une origine malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. A cet égard, il semblerait que la chute ait déclenché notamment des douleurs et une difficulté à la marche (cf. questionnaire rempli par la recourante le 4 janvier 2018). En outre, si la survenue de l'accident le 27 octobre 2016 n'est pas mentionnée dans le rapport établi le 15 novembre 2016 par le médecin de l'hôpital Siloam, il n'en demeure pas moins qu'il y est fait état de douleurs au genou gauche depuis deux semaines et demie, ce qui peut correspondre à la date de l'événement assuré. Qui plus est, on ne peut déduire des seuls éléments avancés par le Dr F_____, soit l'existence d'une déchirure ancienne du ligament croisé, que l'accident n'a pas joué de rôle sur les troubles présentés par la recourante au genou gauche. En effet, le fait que la lésion du ligament croisé soit éventuellement antérieure à l'accident du 27 octobre 2016 n'est pas un élément déterminant pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement en cause et le dommage (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.2). Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait d'emblée nier l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et les atteintes au genou gauche en se fondant sur l'appréciation du Dr F_____. Par ailleurs, les appréciations succinctes des Drs C_____, G_____ et E_____ ne permettent pas non plus de retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle. Compte tenu de l'ensemble de ces motifs, force est de constater que la Cour de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires et probants pour statuer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la question litigieuse du lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes au genou gauche à compter du 3 novembre 2017. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante, au sens de l'art. 44 LPG, puis rende une nouvelle décision. En ce sens, le recours est partiellement admis et la décision du 29 mai 2018 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). **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.