

GE_GERICHTE A/4195/2017 vom 19. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4195_2017

FR: GE_GERICHTE A/4195/2017 du 19 juin 2018

IT: GE_GERICHTE A/4195/2017 del 19 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER recourante contre SUVA - CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1971, ressortissante suisse, a été engagée en qualité d'agente de propreté-hygiène à temps partiel auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), dans le cadre d'un contrat d'auxiliaire à durée déterminée du 22 mars 2010 au 21 mars 2013. A ce titre, elle était assurée contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels par la SUVA - Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après l'assurance ou la SUVA). ![/endif]>![if> 2. Le 25 juillet 2012, l'assurée a trébuché dans les escaliers de son lieu de travail et a chuté sur les genoux, en se réceptionnant sur les mains, selon la déclaration de sinistre remise à l'assureur le 27 juillet 2012. ![/endif]>![if> 3. Les premiers soins ont été donnés à l'assurée, le jour même de l'accident, par le docteur B_____, médecin FMH auprès de la permanence de Vermont-Grand-Pré, qui avait alors diagnostiqué une entorse de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt à gauche et une contusion des genoux des deux côtés. Le traitement préconisé a consisté à immobiliser le 5 e doigt avec une attelle et à bander le genou gauche.![endif]>![if> 4. Les radiographies effectuées les 25 et 26 juillet 2012 n'ont pas mis en évidence de fracture objectivable, tant aux genoux qu'à la main gauche. ![/endif]>![if> 5. L'assurée est, depuis lors, dans l'incapacité totale de travailler. ![/endif]>![if> 6. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assurance.![endif]>![if> 7. L'IRM pratiquée le 10 septembre 2012, compte tenu de la persistance de douleurs au genou gauche, a mis en évidence des signes compatibles avec une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur ainsi qu'un discret œdème du versant antéro-latéral du plateau tibial externe. L'œdème en soi n'était pas spécifique. En cas de traumatisme récent, il pouvait être compatible avec une contusion osseuse post-traumatique. En l'absence de traumatisme récent et en fonction de la présentation clinique, l'aspect pouvait être mis en rapport avec une lésion de stress débutante. L'IRM avait en outre décelé une ulcération cartilagineuse et une fissure touchant les trois quarts de l'épaisseur du cartilage rotulien à la limite entre la facette rotulienne externe et la crête de la rotule. Il y avait également des signes compatibles avec une dysplasie trochléaire associée à une subluxation latérale de la rotule. Enfin, une irrégularité superficielle du cartilage de la zone portante du condyle fémoral interne, ainsi qu'une ulcération touchant les deux tiers de l'épaisseur du cartilage sur une zone de 3,7 mm au versant antéro-interne du condyle fémoral interne ont été décelées.![endif]>![if> 8. Le 7 février 2013, une seconde IRM du genou gauche a conclu à une chondropathie rotulienne et condylienne, ainsi qu'à une trace de contusion osseuse sous le plateau tibial externe. Le ligament croisé antérieur présentait un aspect écarté, ses faisceaux avec

transformation mucoïde en son sein traduisant un status post rupture partielle. Il y avait également une ténosynovite modérée du semi-membraneux et une bursite sous le ligament collatéral externe, ainsi que des îlots d'ostéocondensation sous le condyle et le plateau tibial interne. L'évolution n'était pas significative par rapport à l'examen antérieur.!

9. Le 11 mars 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI).!

10. Dans un rapport du 22 mars 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevait que l'assurée se plaignait toujours de douleurs continues, surtout antérieures et au niveau des interlignes, et présentait un genou cliniquement sec, sans rabet rotulien et avec une mobilité complète. A son sens, l'IRM du 7 février 2013 ne montrait rien de particulier. Le praticien se disait ainsi perplexe par rapport aux douleurs présentées par l'assurée. Ne pouvant poser un diagnostic spécifique, il proposait des traitements de froid et de repos, en attendant une évolution favorable. Dans le doute, il recommandait encore d'essayer, durant deux mois, un traitement par calcitonine dans le cadre d'un diagnostic différentiel de Südeck. !

11. Le 4 avril 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport à teneur duquel l'évolution de l'état de santé de l'assurée était peu favorable, celle-ci se plaignant toujours de douleurs au genou, boitant et nécessitant une canne pour marcher. Les douleurs étaient persistantes subjectivement, mais il y avait objectivement ni limitations dans la mobilité ni d'épanchement. Un traitement médicamenteux et sous forme de physiothérapie était préconisé. Pour le praticien, la persistance de l'incapacité de travail était difficile à prévoir et la nécessité de changer de profession restait à déterminer. L'assurée était poly-plaintive, mais la situation pouvait toutefois être considérée comme étant stabilisée. Il était encore relevé que l'assurée était très exigeante, démonstrative et semblait vouloir mettre en échec les efforts médicaux visant à améliorer son état de santé. De l'avis du Dr D_____, il était nécessaire de mettre rapidement en œuvre une expertise. !

12. Dans son appréciation du 10 avril 2013, établie sur la base de l'examen du dossier de l'assurée, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de la SUVA, a considéré que les examens médicaux et radiologiques effectués ne permettaient pas de mettre en évidence une lésion objective à caractère durable, s'agissant du traumatisme subi aux genoux. Ainsi, aucune incapacité de travail ne se justifiait huit mois après l'accident. Le Dr E_____ proposait donc de considérer la date du dernier examen IRM réalisé comme marquant la fin de l'évolution médicale, vu l'absence d'anomalie lors de cet examen, et de clôturer le cas. !

13. Par décision du 19 avril 2013, l'assurance a mis fin à ses prestations à compter du 8 février 2013, considérant, sur la base de l'avis précité de son médecin-conseil, que les troubles annoncés n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade dès le 7 février 2013, date du dernier examen IRM effectué. !

14. Par opposition du 21 mai 2013, complétée le 20 septembre 2013, l'assurée a contesté les termes de la décision du 19 avril 2013 et a notamment transmis à l'assurance plusieurs rapports dont les suivants :!

- Un rapport du 24 avril 2013 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin relevait que les IRM des 10 septembre 2012 et 7 février 2013 avaient montré des atteintes du ligament croisé antérieur et un petit œdème du plateau externe plutôt antérieur. Pour le praticien, si un ligament était certes atteint, le reste du genou de l'assurée était en revanche dans un bon état.!

- Un rapport du Dr F_____ du 18 juin 2013, rappelant notamment que les deux IRM réalisées montraient de

multiples pathologies, même si elles n'étaient pas trop avancées, à savoir un ligament croisé antérieur, un condyle interne, un œdème du plateau tibial externe et des problèmes rotuliens. Aucune origine traumatique ne pouvait être attribuée à la dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. L'œdème du plateau tibial externe était en revanche probablement d'origine traumatique. Pour le Dr F_____, il n'était pas du tout certain que la dégénérescence mucoïde du croisé antérieur soit responsable de la symptomatologie présentée par l'assurée. La pathologie du compartiment antérieur du genou (syndrome fémoro-patellaire), dans un contexte de chondropathie rotulienne préexistante et de probable dysplasie trochléenne, lui semblait être au premier plan. Il considérait ainsi que l'accident du 25 juillet 2012 avait décompensé un syndrome fémoro-patellaire préexistant mais auparavant asymptomatique, et préconisait un traitement conservateur.!

- Un rapport du 8 août 2013 de la doctoresse G_____, médecin interne auprès de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des HUG, relevant que la première IRM réalisée avait montré une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur, associée à un œdème du plateau externe et antérieur qui pouvait résulter du traumatisme initial.

Cliniquement, le Lachmann possédait un arrêt dur. La Dresse G_____ posait ainsi, comme seule indication, une rééducation appropriée au vu de l'état actuel du genou de l'assurée, à savoir une flexion douloureuse, des mobilités limitées et un syndrome fémoro-patellaire très franc. Elle relevait encore qu'avant l'accident, l'assurée était complètement asymptomatique au niveau de ses genoux, mais qu'à la date de cette appréciation, elle était dans l'incapacité complète de reprendre son activité professionnelle ;

- un rapport du 9 septembre 2013 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevant que, suite à l'accident, l'assurée avait montré les stigmates d'un choc violent, à la fois par la discoloration décrite au niveau du genou gauche et par les images de l'IRM effectué deux mois plus tard, le 10 septembre 2012. Cependant, le praticien relevait que ces images n'avaient pas été interprétées par le radiologue. La région du genou en avant de la rotule n'était, en effet, pas décrite dans le rapport. Au niveau de cette région anatomique, il y avait pourtant une image pathologique. Ces images pathologiques du cartilage derrière la rotule pouvaient être liées au choc ou être préexistantes. Il relevait, de plus, sur cette IRM de septembre, la présence d'une zone blanche entre la peau et la rotule, qui correspondait à une collection de liquides dans la bourse pré-rotulienne. Or, il remarquait que, sur l'IRM réalisée en février 2013, cette collection liquidienne n'était plus visible. A son sens, elle était donc transitoire, et correspondait à une bursite post-traumatique. De plus, la description des plaintes de l'assurée traduisait un traumatisme au niveau de la bourse pré-rotulienne évoluant vers une bursite post-traumatique. Sur un plan anamnestique, il n'y avait aucun critère de limitation fonctionnelle du genou avant la chute. Il était ainsi possible que des lésions préexistantes au niveau du cartilage rotulien aient joué un rôle. Il y avait des critères objectifs d'un traumatisme violent qui avait décompensé durablement le genou. Ainsi, pour le Dr H_____, le refus de prise en charge de la pathologie du genou par l'assureur procédait d'une analyse omettant des points médicaux très importants et objectifs.!

- dans un complément du 13 septembre 2013, le Dr H_____ précisait que les status quo sine et quo ante n'étaient, à son sens, pas atteints. Un traitement, basé sur la rééducation et physiothérapie, était encore indiqué. !

15. Dans son appréciation du 17 novembre 2014, établie sur la base du dossier de l'assurée, et notamment des nouvelles pièces apportées, le Dr E_____ a maintenu les conclusions de son rapport du 10 avril 2013. Il retenait, en effet, que l'assurée avait présenté un traumatisme du genou gauche par

choc direct, responsable des images radiologiques de septembre 2012, évoquées par le Dr H_____ comme faisant apparaître une bursite post-traumatique. Il constatait aussi que l'assurée présentait un état dégénératif préexistant, avec anomalies rotuliennes et dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur du genou gauche, mais considérait que ces anomalies ne pouvaient pas être mises en relation de causalité avec le traumatisme de juillet 2012. Par ailleurs, les images de chondropathie rotulienne pouvaient être considérées comme anciennes en l'absence d'un œdème localisé en regard. En effet, s'il s'agissait d'une lésion récente, un œdème localisé au niveau de la trochlée fémorale (images en miroir) aurait dû être constatée, ce qui n'avait pas été le cas sur les images. L'absence d'un épanchement articulaire significatif lors du premier examen par le Dr I_____ permettait, en particulier, d'exclure une lésion grave. En effet, en cas d'épanchement, le traitement proposé par ce médecin aurait dû être une attelle amovible rigide, ce qui n'avait pas été le cas. Une telle lésion avec épanchement pouvait être à l'origine d'une décompensation plus prolongée que les six mois retenus par l'assureur. Toutefois, il n'y avait pas d'évidences médicales pouvant justifier une aggravation durable et déterminante de l'état dégénératif préexistant. Au contraire, les constatations du Dr H_____ sur la normalité de l'IRM de février 2013 et l'absence de collection liquidienne pré-rotulienne confortaient, au moins sur le plan radiologique, la décision de l'assureur. Sur un plan médico-asséculo-logique, le praticien soulignait que, selon la littérature médicale, les traumatismes sans fractures n'étaient pas à même de dégager leurs effets de manière indéfinie. Après quelques mois, six pour le cas présent, les processus de consolidation et de réparation devaient être obtenus, avec un retour à l'état antérieur. Le Dr E_____ rappelait encore qu'il n'avait pas non plus été noté d'anomalie objective des genoux par le Dr D_____ le 4 avril 2013, ni par le Dr C_____ le 22 mars 2013, outre le fait que l'IRM du 7 février 2013 ne montrait rien de particulier. 16. Le 12 décembre 2014, l'assureur a rendu une décision rejetant l'opposition de l'assurée. En effet, à son sens, il n'y avait plus d'éléments objectifs qui permettaient d'admettre des lésions structurelles objectivables en rapport avec l'accident, au-delà du 7 février 2013 au plus tard. Les conclusions du Dr E_____, qui se fondaient sur un dossier suffisamment instruit, emportaient sa conviction et avaient pleine valeur probante. 17. Le 10 janvier 2015, le Dr H_____ a remis un rapport à l'assurée, après avoir pris connaissance de l'appréciation médicale du Dr E_____ et de la décision sur opposition. Le praticien constatait que le médecin-conseil de l'assureur reconnaissait que l'interprétation radiologique qui avait été faite de l'examen IRM de septembre 2012 ne reflétait pas la réalité des images. Il rappelait que l'accident datait du 25 juillet 2012 et qu'il s'était donc écoulé sept semaines entre le traumatisme et l'examen radiologique. Or, il relevait que deux mois après le traumatisme, la bursite était encore manifestement visible sur l'examen IRM, ce qui dénotait des répercussions objectives significatives et durables du traumatisme du 25 juillet 2012. S'agissant de l'absence de contusion osseuse, il expliquait que dans un délai de sept semaines, tout signe ne pouvait qu'être réduit. A son sens, la qualité de l'examen IRM était toutefois à la limite inférieure de l'acceptable. Il remarquait encore que l'état clinique du genou avait été jugé notablement altéré jusqu'en juin 2013 par les médecins qui avaient examiné l'assurée, mais que le médecin-conseil de l'assureur n'avait malheureusement jamais eu l'occasion d'évaluer cliniquement la patiente. Il rappelait que les symptômes présentés par l'assurée découlaient d'une insuffisance du quadriceps et que cette insuffisance faisait partie des pathologies notoirement et fréquemment rencontrées après un choc antérieur, en particulier quand celui-ci se traduisait par une bursite conséquente. L'état

clinique de juin 2013 justifiait la poursuite de la prise en charge d'un traitement de rééducation, qui découlait certainement de l'épisode traumatique de juillet 2012.

18. Suite au recours de l'assurée, la chambre de céans a annulé la décision sur opposition du 12 décembre 2014 (ATAS/475/2015 du 23 juin 2015), retenant que le Dr E_____ avait considéré à tort que la bursite post-traumatique, diagnostiquée sur l'IRM de septembre 2012, se serait résorbée, au vu de l'IRM de février. Le médecin d'arrondissement avait en outre écarté de manière peu convaincante la décompensation d'un état maladif préexistant en lien avec l'accident, plus particulièrement en la forme d'un syndrome fémoro-patellaire (ou syndrome rotulien), tel que relevé par le Dr F_____ et la Dresse G_____. Enfin, le dossier ne permettait pas non plus de déterminer si les problèmes rotuliens étaient en lien de causalité avec l'accident assuré. Par conséquent, la cause était renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise.

19. Le 18 août 2015, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} novembre 2013, sur la base d'une invalidité de 85%.
20. Conformément à l'arrêt précité de la chambre de céans, la SUVA a mandaté le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise.

Après avoir pris connaissance du dossier transmis par la SUVA, comprenant notamment le dossier de l'OAI de 611 pages (non produit dans la présente procédure), l'expert a établi un rapport en date du 2 février 2017. Il en ressort que le Dr J_____ a personnellement interprété l'intégralité du bilan radiologique et plus particulièrement les IRM du genou gauche de 2012 et 2013. S'il visualisait effectivement les lésions résumées dans les comptes-rendus, il y ajoutait également un hypersignal correspondant à un œdème et/ou une bursite en regard du tiers supérieur de la rotule, sur plus de la moitié de la largeur de la rotule et un tiers de sa hauteur, lésion non décrite par le radiologue. Il ne rejoignait pas le Dr H_____ lorsque celui-ci considérait, dans son rapport du 9 septembre 2013, la bursite comme étant clairement post-traumatique. En effet, ladite bursite pouvait être traumatique ou préexistante, voire spontanée d'étiologie non accidentelle. On ne pouvait dès lors affirmer, comme l'avait fait le Dr H_____, qu'il s'agissait à coup sûr d'une bursite traumatique. Cela étant, vu la description faite par l'assurée et la notion d'accident retenu par la SUVA, le diagnostic de contusion des deux genoux et en particulier du genou gauche, plus spécifiquement de contusion de la partie antérieure du genou et plus particulièrement rotulienne, était probable, voire hautement probable. La lésion du ligament croisé antérieur correspondait en réalité à un probable artefact ou à une lésion kystique synoviale, sans corrélation anatomique. Quant aux lésions cartilagineuses, elles étaient modestes, extrêmement fréquentes et banales pour une personne de 40 ans. Ces lésions ne s'étaient au demeurant pas aggravées entre 2013 et 2015 comme cela ressortait des IRM.
Le dossier ne permettait pas au Dr J_____ de retenir des lésions somatiques des tissus osseux des parties molles ou ligamentaires. Le dossier ne contenait en particulier aucun élément probant pour considérer que la contusion avait été déterminante dans l'aggravation de la symptomatologie douloureuse. Lors de l'examen, l'expert précité n'avait pas constaté d'amyotrophie mais au contraire une bonne musculature de la jambe gauche. Par ailleurs, durant toute l'expertise et plus particulièrement au cours du status, il avait constaté de nombreuses incohérences, grossières, entre les mouvements effectués à sa demande et ceux spontanés de l'assurée. Lesdites incohérences, associées à un important mutisme de la part de l'assurée, l'avait conduit à téléphoner au psychiatre de l'assurée, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui lui avait fait part des idées délirantes de celle-ci dans un contexte paranoïde. Selon le psychiatre traitant, l'assurée ne s'était

toutefois jamais plainte de son genou gauche depuis le 25 mars 2013, date depuis laquelle il la suivait. A la lumière des diagnostics posés par le Dr K_____, les incohérences entre les plaintes de l'assurée et son status somatique s'expliquaient simplement. Le Dr J_____ s'étonnait toutefois que les différents intervenants thérapeutiques n'aient jamais soulevé la problématique psychique et qu'ils ne se soient jamais intéressés au contexte personnel de l'assurée et à ses antécédents psychiatriques majeurs, interférant avec ses plaintes et ayant motivé le versement d'une rente entière d'invalidité au vu du degré d'invalidité de 85%. En résumé, le Dr J_____ a retenu, en lien avec l'événement assuré, les diagnostics d'entorse bénigne de la main gauche et de contusion du genou gauche, ayant probablement entraîné une bursite prérotulienne, si l'on partait du principe que celle-ci n'existait pas avant l'événement. En revanche, il ne retenait pas clairement le diagnostic de contusion osseuse sur le très discret hypersignal sur le massif tibial externe gauche. Pour l'expert, les plaintes avaient perduré mais elles n'étaient pas en lien avec l'événement du 25 juillet 2012. Le statu quo sine avait été atteint en février 2013. L'état antérieur concernait le genou droit et consistait en une dysplasie fémoro-patellaire modérée avec des lésions cartilagineuses modérées. 21. Invitée à se déterminer sur l'expertise du Dr J_____, l'assurée a notamment considéré, par courrier du 19 mai 2017, qu'on ne pouvait suivre le médecin précité lorsque celui-ci prétendait qu'il n'y avait plus de trace de contusion osseuse sur la deuxième IRM, cela en contradiction flagrante avec le rapport d'IRM du 7 février 2013. A cela s'ajoutait le fait que le Dr J_____ ne s'était pas prononcé sur la décompensation du syndrome fémoro-patellaire et son aggravation suite à l'accident et qu'il ne pouvait transposer à 2013 les constatations faites en 2017. Enfin, les considérations d'ordre psychiatrique de l'expert étaient surprenantes, dès lors que les IRM réalisées en 2012 et 2013 avaient mis en évidence de nombreuses atteintes. Partant, l'assurée concluait à la réalisation d'une nouvelle expertise. 22. Se fondant sur l'expertise du Dr J_____, l'assurance-accidents a mis un terme, avec effet au 7 février 2013, à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières (cf. décision du 3 juillet 2017). 23. Le 4 septembre 2017, reprenant les arguments déjà évoqués dans son courrier du 19 mai 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 3 juillet 2017. 24. Par décision du 15 septembre 2017, l'assurance-accidents a écarté l'opposition de l'assurée et confirmé celle du 3 juillet 2017, considérant notamment, après avoir résumé l'expertise, que le dossier ne comportait aucun élément médical permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert, de sorte qu'il convenait de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport. Par ailleurs, s'agissant des troubles psychiques, ils n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, celui-ci devant être qualifié de banal. Enfin, il n'y avait plus d'éléments objectifs permettant d'admettre des lésions structurelles objectivables en rapport probable avec l'accident assuré au-delà du 7 février 2013. 25. Le 17 octobre 2017, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours et a conclu, sous suite de frais et dépens, à la réalisation d'une expertise judiciaire et, cela fait, à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de la SUVA (ci-après : l'intimée) au versement des prestations au-delà du 7 février 2013. A l'appui de son recours, elle a repris les mêmes arguments que ceux allégués dans ses déterminations du 19 mai 2017 et son opposition du 4 septembre 2017. 26. L'intimée a répondu le 14 décembre 2017 et a conclu au rejet du recours. La recourante ne faisant valoir aucun argument nouveau, elle a renoncé à déposer une réponse en bonne et due forme. L'assurance s'est ainsi limitée à relever que l'expertise du Dr J_____ répondait à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui

reconnaître une pleine valeur probante, les critiques de la recourante étant dénuées de pertinence. Il ne se justifiait dès lors pas d'ordonner une expertise judiciaire.!

27. Par observations du 26 janvier 2018, la recourante a relevé que si elle avait repris les mêmes arguments que dans ses déterminations du 19 mai 2017 et son opposition du 4 septembre 2017, c'était dû au fait que l'intimée n'avait jamais pris position à leur sujet.!

28. Le 20 février 2018, l'intimée s'est exprimée sur les observations de la recourante et a une nouvelle fois brièvement résumé l'expertise, relevant qu'elle n'avait pas de motif de revenir sur la décision attaquée, raison pour laquelle elle persistait intégralement dans ses conclusions.!

29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).!

3. Le litige a pour objet le droit de la recourante au versement par l'intimée de prestations de l'assurance-accidents obligatoire. Il s'agit, en particulier, de déterminer s'il subsiste un rapport de causalité entre les troubles dont souffre la recourante et l'événement accidentel assuré, au-delà du 7 février 2013 - date jusqu'à laquelle de telles prestations ont été versées.!

4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).!

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la

survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191, U 93/96, consid. 1c; arrêt 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2). 5. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 6. 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 consid. 2 et la référence), 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 264 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 (ATFA non publié U 222/04 du 30 novembre 2004 ; ATFA non publié U 66/04 du 14 octobre 2004 et ATFA non publié U 159/04 du 4 octobre 2004). 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en

soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 8. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans

le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 9. a. En l'espèce, par arrêt du 23 juin 2015, la chambre de céans a renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la recourante devant être soumise à une expertise effectuée par un médecin indépendant, lequel devait notamment se prononcer, d'une part, sur la persistance de la bursite post-traumatique, telle que diagnostiquée par les Drs H_____ et E_____ et, d'autre part, sur l'éventualité de la décompensation d'un état maladif préexistant sous la forme d'un syndrome fémoro-patellaire (ou syndrome rotulien).¹ Faisant suite à cet arrêt, l'intimée a mandaté le Dr J_____ aux fins de procéder à l'expertise requise par la chambre de céans. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 2 février 2017. b. Force est de constater que ledit rapport remplit sur le plan formel plusieurs des critères en matière de valeur probante. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée et la description des plaintes de la recourante. Il fait en outre l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets et prend en considération les indications subjectives de la recourante. Enfin, il comporte la description des observations cliniques et une discussion générale du cas. Cela étant, la chambre de céans ne saurait retenir, en l'état, que le rapport du Dr J_____ revêt une pleine valeur probante, ses conclusions n'étant pas complètes. En effet, s'il répond de manière convaincante à la question de la persistance d'une bursite post-traumatique au-delà du 7 février 2013, expliquant que dans la mesure où celle-ci avait disparu sur l'imagerie du même jour, le statu quo sine avait été atteint à cette date, le Dr J_____ ne s'est pas formellement prononcé sur la question de la décompensation d'un état antérieur. Au contraire, il a implicitement écarté une telle décompensation sans fournir la moindre explication à ce sujet alors que cette éventualité ressortait clairement des rapports des Drs F_____, G_____ et H_____ des 18 juin 2013, 8 août 2013, respectivement 9 septembre 2013 et que la cause avait été renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire notamment sur ce point. Bien plus, alors même que dans son courrier du 19 mai 2017 et dans son opposition du 4 septembre 2017, la recourante a relevé cette lacune, l'intimée n'a sollicité aucun complément auprès du Dr J_____. Dans de telles circonstances, le rapport du médecin précité doit être qualifié de lacunaire et la chambre de céans ne saurait s'y fier pour se prononcer sur la validité des décisions prises par la SUVA. Cependant, on ne saurait non plus lui nier toute valeur probante, l'expert ne s'étant en réalité jamais expressément prononcé sur la problématique de la décompensation d'un état antérieur. c. Partant, dès lors qu'il s'agit en réalité de trancher des questions qui n'ont jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement (décompensation d'un état antérieur et, dans l'affirmative, date du retour au statu quo ante vel sine), il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle sollicite un complément d'explications à l'expert sur ce point. Ce n'est que lorsque le Dr J_____ se sera prononcé sur la question de la décompensation d'un état antérieur que le rapport pourra être considéré comme complet et que sa valeur probante pourra être examinée. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition du 15 septembre 2017 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants.¹ La

recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.