

GE_GERICHTE A/880/2023 vom 7. Februar 2024

GE Cour de justice, 2024-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_880_2023

FR: GE_GERICHTE A/880/2023 du 7 février 2024

IT: GE_GERICHTE A/880/2023 del 7 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

!

E. 1.1

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).

E. 1.2

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

E. 1.3

Compte tenu du domicile genevois de la recourante, la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

E. 2

À 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. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

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 après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2022.!

E. 6

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).!

E. 7

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).!

E. 8

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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est

plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 9

Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic (arrêt du Tribunal fédéral 8C_270/2022 du 12 octobre 2022 consid. 4.2.1 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

E. 10

E. 10.1

Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux ; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence - à laquelle renvoie l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) -, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci, sont énumérés de manière exhaustive. Selon

la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante requise par l'art. 9 al. 1 LAA est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action d'une substance nocive mentionnée à l'annexe 1 de l'OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 3.2 et les références).!

E. 10.2

Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Il s'agit là d'une clause générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.1 et les références).!

E. 10.3

Selon la jurisprudence, la condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant au sens de l'art. 9 al. 2 LAA - parfois appelé causalité qualifiée - n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Le Tribunal fédéral a précisé que ce taux de 75% signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, qu'il doit être démontré, sur la base des statistiques épidémiologiques ou des expériences cliniques, que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (arrêt 8C_516/2020 précité consid. 3.2.2 et les références).!

E. 10.4

Le Tribunal fédéral a relevé que, compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut pas être apportée à propos d'un état de fait médical, il est nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée (arrêt 8C_516/2020 précité consid. 3.2.3 et les références).!

E. 10.5

Il découle de ce qui précède (cf. consid. 7.3.2 supra) que, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée (proportion d'au moins 75%) selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale (par exemple en raison de la propagation d'une maladie dans l'ensemble de la population, qui exclut la possibilité que la personne assurée exerçant une profession particulière soit affectée par une maladie au moins quatre fois plus souvent que la population moyenne), l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre une

affection et une activité professionnelle déterminée, il subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (arrêt 8C_516/2020 précité consid. 3.2.4 et les références).> prépondérante sous l'angle de l'al. 1 comme de l'al. 2 de l'art. 9 LAA. Pour le lien de causalité entre une maladie et les substances nocives ou les travaux en cause au sens du premier alinéa, est cependant déterminante la mesure dans laquelle le risque d'être atteint par la maladie en raison de l'exposition à certaines substances nocives est augmenté compte tenu des données épidémiologiques. Il convient de se fonder sur le risque relatif (r-1), c'est-à-dire sur le rapport de probabilité de tomber malade entre des personnes exposées et celles qui ne le sont pas au sein d'une population déterminée, pour une période de temps délimitée. Dès lors que la cause prépondérante au sens de l'art. 9 al. 1 LAA n'est réalisée que si les substances nocives participent à plus de 50% de l'ensemble des causes à la survenance de la maladie, le risque relatif doit être supérieur à 2 (Jean-Maurice FRÉSARD / Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3 ème éd., 2016, n. 165).>. Le Tribunal fédéral a suivi cette position dans tous les cas de figure concernant l'épicondylite radiale (Thomas FLÜCKIGER in HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 48 ad art. 9 LAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 6).>.>, 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).!

E. 11.2

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).!

E. 11.3

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. Étant 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).!

E. 11.4

Ainsi, 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).!

E. 11.5

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).!

E. 11.6

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 12

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 12.1

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). 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. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 12.2

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui

invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). Á cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

E. 12.3

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 12.4

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 13

En l'occurrence, les parties s'opposent sur la prise en charge de l'intimée au-delà du 30 juin 2022. Sur la base du rapport d'expertise du Dr G_____, l'assureur a mis fin à ses prestations au 30 juin 2022, estimant qu'il n'y a aucune lésion anatomique objectivable

qui justifie un lien de causalité entre l'accident et l'affection au coude droit après cette date. Quant à la recourante, sur la base des rapports de ses médecins traitants et des résultats d'examen au dossier, elle fait valoir qu'il y a au contraire une atteinte à la santé résultant de l'accident, sous la forme d'une épicondylite du coude droit, laquelle impacte sa capacité de travail au-delà du 30 juin 2022. Elle estime que le rapport d'expertise du Dr G_____ n'a pas de valeur probante. Il ressort du dossier que la recourante s'est blessée au coude droit lors de l'accident de décembre 2019, ce qui n'est pas contesté. Les appréciations médicales au dossier sont divergentes. Le rapport d'ultrason du 20 décembre 2019 fait état d'un élargissement du tendon conjoint des muscles épicondyliens avec hyperémie au Doppler témoignant d'une épicondylite. Dans ses rapports (pièces 18, 32 et 58 intimée), le Dr C_____, qui a suivi la recourante dans les suites immédiates de son accident, a fait état à titre de diagnostic d'épicondylite post-traumatique du coude droit. Le Dr D_____ retient également une épicondylite du coude droit (notamment pièce 73 intimée). Dans son rapport du 8 juin 2021, le Dr F_____ concluait à une épicondylalgie droite consécutive à une contusion. Il notait que l'examen clinique relevait une douleur élective au niveau de l'épicondyle et de l'insertion des épicondyliens. Il n'y avait que peu de douleurs aux tests de provocation (pièce 135 intimée). Dans son rapport d'expertise le Dr G_____ ne rejoint pas les médecins traitants de la recourante (pièce 171 intimée). Le Dr G_____ mentionne que le diagnostic d'épicondylite et d'épicondylalgie est repris régulièrement, mais ceci n'est pas corroboré par des résultats d'examens cliniques, ni même des mesures de mobilité articulaire ou des mesures de force. Il conclut qu'il n'y a, au moment de son examen, aucune lésion anatomique objectivable, résultant de l'accident, qui puisse justifier une incapacité de travail. On trouve au dossier un ultrason de décembre 2019 qui fait état d'un élargissement du tendon conjoint des muscles épicondyliens avec hyperémie au Doppler témoignant d'une épicondylite. Toutefois, ce rapport n'est pas mentionné dans l'expertise. Il sied de relever que la Cour de céans a dû elle-même le réclamer car illisible, de sorte qu'il apparaît pour le moins vraisemblable que l'expert n'en a pas eu connaissance. Par ailleurs, d'après les propos de l'expert, ce dernier n'a manifestement pas eu accès à un dossier complet. En effet, il note en page 3 de son expertise (pièce 171 intimée) ne pas disposer du rapport médical initial. L'expert indique également ne pas avoir eu à disposition les radiographies. Il apparaît par ailleurs que vu l'interpellation de l'assureur qui a conduit au courriel du Dr G_____ du 15 novembre 2022 (pièce 219 intimée), ce dernier n'a pas eu accès à l'échographie du 7 décembre 2021. Des rapports et des imageries ont par la suite été produits par la recourante tant en procédure administrative que dans le cadre de la procédure de recours. Ainsi en premier lieu, il se justifie de discuter du rapport d'IRM du coude droit du 24 mai 2022, soit à peine quelques jours après l'examen du Dr G_____, qui fait état d'une tendinopathie fissuraire avec tendinose marquée à l'attache profonde des tendons extenseurs, une discrète tendinopathie insertionnelle des tendons fléchisseurs et un discret épanchement intra-articulaire réactionnel sans image de fracture sous-jacente. Par courriel du 15 novembre 2022 (pièce 219 intimée), le Dr G_____ a indiqué à l'assureur que ce dernier mentionnait entre autres « suffusion hémorragique en superficie du muscle annoncé », ce qui évoquait l'existence d'un traumatisme récent. L'examen ayant été réalisé après son expertise, il ne pouvait pas se prononcer sans connaître l'évolution ultérieure. Par conséquent, ce document met en lumière des éléments dont le Dr G_____ reconnaît ne pas avoir tenu compte puisque postérieurs à son analyse. Il indique ne pas pouvoir se prononcer à défaut de connaître l'évolution, étant relevé qu'il émet la possibilité que ces nouvelles constatations soient en lien avec un éventuel nouveau sinistre sans que cela n'ait été

investigué. Dans son rapport de juillet 2022 (pièce 191 intimée), le Dr D_____ se limite à constater que le Dr G_____ a fait une expertise exhaustive mais maintient le diagnostic d'épicondylite au niveau de son coude droit post-traumatique et souligne l'absence d'antécédent au niveau du coude droit, de sorte qu'il y avait un lien direct avec l'accident. Le 19 décembre 2022 (pièce 223 intimée), la Dresse H_____ conclut à des épicondylalgies droites avec douleurs de type neuropathique, post-traumatiques, sur fissures de tendon des muscles extenseurs, probable SDRC secondaire. Dans son rapport du 4 juillet 2022 (pièce 188 intimée), le Dr F_____ dit partager en bonne partie les conclusions du Dr G_____ tout en relevant que son examen clinique constate notamment une douleur élective à la palpation de l'épicondyle, des muscles épicondyliens et à l'extension contrariée du poignet. Les conclusions de l'IRM de mai 2022 semblant corroborer une pathologie tendineuse qui pouvait effectivement être douloureuse. Il conclut qu'il est difficile d'envisager que l'assurée puisse avoir une activité professionnelle, d'une part à cause de son coude, d'autre part à cause de sa surcharge émotionnelle. Pour la première fois, le 19 juin 2023 (rapport produit par la recourante), le Dr F_____ a relevé que le travail de l'assurée vu les mouvements répétitifs pouvait être responsable d'une épicondylite ou avoir contribué à la pérennisation de la symptomatologie. Il a mentionné, s'agissant de l'IRM d'avril 2021, que si le muscle mentionné était correct, il était logique que l'expert ait retenu que cela n'avait pas pu être provoqué par un choc latéral du coude droit selon toute vraisemblance. Il restait toutefois cette notion de traumatisme sur la face latérale du coude dont on sait qu'elle peut entraîner une épicondylite après la contusion de la protubérance osseuse latérale du coude. Ses examens cliniques montraient une tuméfaction de l'épicondyle avec des douleurs à la mise sous tension des muscles épicondyliens et à l'extension contrariée du poignet avec difficulté de tenir l'extension contre-résistance. Selon lui, il semblait difficile de présenter ce genre de symptomatologie sans qu'il y ait épicondylite.

E. 14

Il ressort de ce qui précède que le Dr G_____ n'a pas procédé à une étude fouillée du cas et qu'il n'a pas eu accès à un dossier complet. A cela s'ajoute qu'il reconnaît lui-même ne pas pouvoir se prononcer sur l'IRM de mai 2022. En conséquence, son appréciation ne répond pas aux exigences de la jurisprudence relative à la valeur probante d'une expertise. Les rapports des médecins traitants ne sont par ailleurs pas suffisamment probants car ils ne déterminent pas concrètement les atteintes de la recourante et se basent pour l'essentiel sur le principe post ergo . A cela s'ajoute qu'il est reconnu une composante psychique qui a certes été mentionnée mais jamais investiguée. En l'état du dossier, il n'est donc pas possible de trancher quelles sont les atteintes encore présentées par la recourante, notamment l'existence ou non d'une épicondylite ou d'un SDRC ainsi que, le cas échéant, leurs répercussions et en particulier leur éventuel lien de causalité avec l'accident de décembre 2019 au-delà du 30 juin 2022. Par ailleurs, on ne saurait nier d'emblée tout caractère professionnel à l'affection dont souffre la recourante, ce point n'ayant jamais été investigué. La Cour de céans considère que l'audition des Drs H_____ et F_____ qui ont par ailleurs déjà eu l'occasion de se prononcer par écrit n'est pas susceptible de permettre la résolution de la présente affaire tant une instruction complémentaire étendue est nécessaire. Il est en effet nécessaire de recourir à une expertise indépendante qui devra comprendre à tout le moins les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique (art. 44 LPGA). Il sera précisé que, s'agissant d'une expertise complète, un nouvel expert devra également être désigné en ce qui concerne le volet orthopédique. À cette fin, la cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise après actualisation du

dossier médical et nouvelle décision. Un renvoi à l'administration se justifie d'autant plus que l'intimée a insuffisamment instruit le dossier.

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée, et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants.![endif]>![if>

E. 16

La recourante, représentée par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 2'500.-.![endif]>![if>

E. 17

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).![endif]>![if>
*** 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.