

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4115/2023

~~ATAS/935/2024~~ ATAS/925/2024
*Rectification d'une erreur
matérielle le 09.12.2024/CSJ/wmh

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 novembre 2024

Chambre 8

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

SWICA ORGANISATION DE SANTE

intimée

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Anny FAVRE, Michael RUDERMANN ,
Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, travaillait comme caissière auprès de la B_____ (ci-après : l'employeur). À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTÉ (ci-après : SWICA ou l'intimée).

b. Le 24 février 2017, l'assurée a été victime d'un accident. Arrêtée à un feu rouge avec son scooter, elle avait été percutée par l'automobiliste derrière elle qui avait démarré avant elle lors du passage au feu vert, ce qui l'avait fait tomber sur le côté droit.

Dans son certificat médical du 27 février 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indiquait que l'assurée s'était plainte à la consultation du même jour de douleurs au coude droit avec discrète limitation fonctionnelle et des hématomes de la face antérieure de la cuisse droite sensibles à la pression. Le coude était discrètement tuméfié avec présence d'une minime ecchymose en regard de l'olécrane sans rupture des téguments. La flexion-extension et la rotation étaient conservées, la palpation de l'olécrâne était sensible. Au niveau de la face de la cuisse droite, il avait constaté trois hématomes supra-patellaires et une contracture musculaire. Il concluait à des contusions du coude droit et de la cuisse droite.

B. a. Selon la déclaration d'accident du 29 février 2017, l'assurée présentait des contusions au bras droit et à la jambe droite.

b. Une radiographie du coude droit avait été réalisée le 9 mars 2017. Il n'était constaté ni fracture, ni arrachement. Il était noté une fine calcification linéaire le long de l'olécrane dans l'axe du muscle triceps. Le radiologue précisait avoir de la peine à associer cette calcification à un arrachement périosté.

c. Selon le rapport d'accident du 13 mars 2017, quand le feu était passé en phase verte, l'automobiliste, inattentive, avait démarré alors que l'assurée était restée à l'arrêt. Il était noté que la police n'avait pas constaté l'état du motocycle, l'assurée ayant indiqué ne pas être tombée au sol et n'avoir subi aucun dommage. Le 27 février 2017, l'assurée avait contacté la police pour expliquer avoir chuté et qu'elle s'était blessée. Le 2 mars 2017, elle s'était présentée au poste de police afin de faire constater les dégâts de son véhicule. Contactée, l'automobiliste avait confirmé que l'assurée était tombée lors de l'accident.

d. Par rapport du 8 février 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à une lésion des tendons extenseurs à l'insertion sur l'épicondyle du coude droit. Il indiquait que les douleurs post-traumatiques s'estompaient, mais que l'assurée gardait depuis une gêne constante pouvant être douloureuse selon les activités et les gestes effectués, les douleurs étaient devenues plus intenses depuis l'hiver

2018. En tant que caissière, elle devait réaliser des gestes de traction à répétition, ce qui provoquait des douleurs régulières. Une infiltration avait amélioré la situation mais uniquement pendant deux mois.

e. Le rapport d'échographie du 11 février 2019 a mis en évidence une discrète tendinopathie du tendon commun des muscles extenseurs au niveau de la région de l'épicondyle, il n'y avait pas de déchirure ou de calcification intratendineuse.

f. Sur demande de SWICA, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a procédé à l'analyse du dossier de l'assurée. Dans son rapport du 11 janvier 2021, il a conclu qu'en l'absence de lésion structurelle due à l'événement, le *statu quo sine* était fixé à trois mois après l'accident. Après cette date, l'accident avait cessé ses effets.

g. Par décision du 25 janvier 2021, SWICA a refusé de prester pour la symptomatologie douloureuse ayant fait l'objet d'une annonce de rechute en 2020 compte tenu du *statu quo sine* fixé à trois mois après l'accident par le Dr E_____.

h. Le 2 mars 2021, l'assurée a été opérée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

i. Par courriel du 10 septembre 2021 au Dr D_____, l'assurée expliquait être en arrêt de travail depuis son opération du 2 mars 2021. Elle développait que l'office cantonal des assurances sociales voulait déterminer si l'origine des atteintes au coude était accidentelle ou malade. Le médecin conseil de SWICA avait opté pour la maladie, ce qui signifiait deux ans de prise en charge pour perte de gain alors que si ses atteintes étaient dues à l'accident, elle serait prise en charge sans limite de durée. L'assistante sociale de la COOP la soutenait dans sa démarche et lui avait dit qu'avec un rapport médical concluant à un accident, elle pourrait être aidée.

j. Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique du coude droit du 30 novembre 2021 des docteurs F_____ et G_____, spécialistes FMH en radiologie, l'assurée présentait un stigmatisme d'instabilité postéro-latérale avec bascule postérieure de la tête radiale et désinsertion humérale du ligament collatéral ulnaire latéral (LCUL) et rupture du ligament collatéral radial (LCR).

k. Par courriel aux HUG du 18 janvier 2022, l'assurée relevait que l'IRM du 30 novembre 2021 avait mis en évidence une déchirure de deux ligaments. Inscrite depuis fin octobre à un cours d'informatique qui débutait le 27 janvier 2022, elle souhaitait savoir si elle pouvait suivre le cours malgré une éventuelle chirurgie.

l. Lors de la consultation médicale du 28 janvier 2022, le docteur H_____, médecin chef de clinique des HUG, a proposé une ligamentoplastie pour réparer les lésions ligamentaires.

Selon le rapport de consultation y relatif daté du 9 février 2022, le diagnostic principal posé était une épicondylite du coude. Le résultat de l'IRM du 30 novembre 2021 y a été présenté. Cliniquement, les douleurs étaient toujours présentes à la mobilisation. Les mobilités du coude étaient complètes.

m. Par mail du 3 février 2022 adressé notamment à l'assurance-invalidité et à une collaboratrice de l'employeur, le frère de l'assurée, qui avait assisté au rendez-vous aux HUG du 28 janvier 2022, a relevé qu'une rupture des ligaments du coude avait été confirmée, le Dr H_____ refusait de prendre position s'agissant du lien de causalité avec l'accident de 2017 et des diagnostics précédemment posés car elle n'était pas un expert. L'intervention proposée visait une diminution des douleurs, une disparition de celles-ci était peu probable vu qu'elles étaient chroniques. L'assurée avait accepté l'opération. Le Dr H_____ avait indiqué qu'au vu du nouveau diagnostic, l'assurance-maladie refuserait la prise en charge. SWICA devrait alors couvrir les frais et se retourner éventuellement contre l'assurance responsabilité civile du tiers responsable. La famille craignait que le volet asséculo-logique retarde l'intervention alors que l'assurée était en arrêt de travail depuis près d'une année. Le Dr H_____ avait proposé à l'assurée d'avancer l'argent. Le courriel avait pour but de solliciter l'avis des différents destinataires et de savoir comment accélérer la clarification avec les assurances et procéder à une expertise indépendante. Il était noté que l'assurée avait un intérêt à ce que la causalité avec l'accident soit reconnue.

n. Le 13 février 2022, l'assurée a écrit à son assurance-maladie expliquant les résultats de l'IRM du 30 novembre 2021, soit une rupture de deux ligaments qui pourrait expliquer les douleurs persistant depuis le 24 février 2017. Elle sollicitait la prise en charge de l'intervention réparatrice.

o. Par courriel du 25 février 2022, l'assurée a demandé au secrétariat du professeur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le rapport radiologique de l'IRM du 30 novembre 2021 car elle n'avait reçu qu'une « indication » du Dr G_____ et deux comptes rendus datés des 3 et 9 février 2022.

p. Par rapport du 3 mars 2022, le docteur J_____, médecin retraité, s'est prononcé après étude du dossier de l'assurée. S'agissant du lien de causalité avec l'accident, il a noté que le mécanisme de l'accident paraissait adéquat avec une lourde chute de scooter sur le bras et la cuisse droits, l'absence de plaintes avant l'accident chez cette caissière en poste depuis 1997 et la présence continue de douleurs depuis l'accident. Des lésions structurelles étant désormais objectivées par l'examen du 30 novembre 2021, cela permettait de retenir le lien de causalité entre l'accident et celles-ci. Outre l'allure post-traumatique, elles faisaient partie de la liste des lésions assimilées, le dossier devait dès lors être réouvert. Il estimait que les examens radiologiques préalables n'étaient pas assez performants pour poser les nouveaux diagnostics ou à tout le moins ne l'avaient pas permis.

q. Par courrier recommandé du 4 avril 2022, l'assurée a sollicité la réouverture de son dossier auprès de SWICA en produisant le rapport du Dr J_____.

r. L'assurée a été opérée d'une ligamentoplastie latérale externe du coude droit le 6 avril 2022, le diagnostic retenu étant celui d'une rupture post-traumatique du ligament latéral externe coude droit. Celle-ci a été prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

s. Courant juin, suite à une nouvelle prise de contact de l'assurée avec SWICA, il a été découvert que le dossier papier de l'époque était introuvable. L'assurée a dès lors transmis les copies en sa possession le 30 juin 2022.

t. Après avoir été interpellé par SWICA, par courriel du 12 août 2022, le Dr E_____ a conclu sur examen de l'avis du Dr J_____ et des rapports des HUG que la décision du 25 janvier 2021 restait valable. Il rappelait que l'assurée avait été opérée d'une cure chirurgicale d'épicondylgies à droite le 2 mars 2021 avec un résultat mitigé. Le Dr H_____ ne mentionnait pas dans ses rapports avoir opéré l'assuré pour des épicondylgies et que l'examen par IRM était plus performant que l'échographie. Il n'y avait pas d'arguments pour conclure que la lésion du ligament latéral externe du coude droit diagnostiquée par l'IRM de novembre 2021 était due à l'accident. À son avis, il y avait des éléments pour suspecter que, lors de l'intervention du 2 mars 2021, il y avait eu une lésion iatrogène du ligament du coude droit. Il concluait à une confirmation par une expertise d'un spécialiste du coude.

u. Par courrier du 18 août 2022, SWICA a rappelé à l'assurée avoir notifié une décision le 25 janvier 2021 mettant fin aux prestations en lien avec l'accident au 24 mai 2017. Celle-ci n'ayant pas été contestée, elle était désormais définitive. Les documents transmis ne constituaient pas des faits nouveaux et en tout état de cause une demande de révision devait être adressée dans les 90 jours suivant la découverte du motif de révision. Elle avait eu connaissance du motif de révision le 3 mars 2022 au plus tôt et avait écrit le 30 juin 2022, le délai de 90 jours était alors échu. Elle refusait dès lors d'entrer en matière sur la demande du 30 juin 2022.

v. Par courrier de son conseil du 22 mars 2023, l'assurée a répondu avoir écrit à SWICA le 4 avril 2022, la demande de révision avait été ainsi faite en temps utiles. Elle devait donc rendre une décision sur le fond.

w. Sur demande de SWICA, la copie du courrier recommandé de l'assurée du 4 avril 2022 lui a été transmise.

x. Par décision du 15 juin 2023, SWICA a refusé la demande de révision car il n'y avait pas de faits nouveaux, ce qui n'avait pas été contesté par l'assurée. Le caractère tardif n'était plus invoqué.

y. En date du 13 juillet 2023, l'assurée a formé opposition. Elle a fait valoir que la décision initiale avait été rendue alors que le dossier ne contenait qu'une échographie, examen moins performant qu'une IRM, ce qui était admis par le

Dr E_____. Ledit examen avait mis en évidence des lésions qui n'avaient pas été vues à l'échographie. Il y avait donc un élément nouveau justifiant la demande de révision. Elle attendait un rapport du Dr H_____ sur l'appréciation du Dr E_____. Elle soulignait que ce dernier avait lui-même précisé que son analyse devait être confirmée par une expertise. La demande ne pouvait donc pas être rejetée sans expertise, étant relevé qu'en tout état de cause, une lésion survenant lors d'une opération relevait de l'assurance-accident.

z. Par décision du 7 novembre 2023, SWICA a rejeté l'opposition. Elle a maintenu son analyse, indiquant que l'opération du 2 mars 2021 n'étant pas en lien avec l'accident, une lésion y faisant suite n'était pas non plus du ressort de l'assurance-accident. L'appréciation du Dr J_____ reposait sur le fait que les symptômes étaient survenus après l'accident, ce qui ne permettait pas de reconnaître un lien de causalité conformément à la jurisprudence. Par ailleurs, une demande de révision devait être adressée dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision. L'assurée avait été informée au plus tôt le 30 novembre 2021, la demande du 4 avril 2022 était donc tardive.

C. a. Par acte du 8 décembre 2023, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 7 novembre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales (ci-après : la Cour de céans), en concluant sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition et à celle du Prof. J_____ notamment ainsi qu'à la réalisation d'une expertise. Principalement, elle sollicitait l'annulation de la décision, la reconnaissance d'une rechute en lien de causalité avec l'accident et la condamnation de SWICA au paiement des prestations légales dues. Subsidiairement, elle demandait le renvoi du dossier à SWICA pour instruction sur le lien de causalité et nouvelle décision. Elle a fait valoir que ce n'est que suite au rapport du Dr J_____ qu'elle avait pris conscience de l'existence d'un motif de révision. Sa demande de révision du 4 avril 2022 avait donc été faite dans les délais, ce qui n'avait pas été contesté dans la décision du 15 juin 2022. Il y avait par ailleurs un fait nouveau, l'IRM de novembre 2021 ayant montré des lésions.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a répondu par acte du 9 janvier 2024. L'expertise requise selon le Dr E_____ avait pour but de confirmer qu'aucune lésion iatrogène n'avait été engendrée lors de l'intervention du 2 mars 2021, opération qui n'était pas en lien avec l'accident de février 2017. Une expertise n'était donc pas pertinente en l'espèce. La recourante n'avait pas démontré l'existence de faits nouveaux. Par ailleurs, la demande de révision était tardive. Elle ne pouvait pas être suivie quand elle prétendait que sa demande reposait sur l'appréciation du Dr J_____ alors qu'elle mentionnait déjà la déchirure des deux ligaments en janvier 2022.

c. Par acte du 6 juin 2024, la recourante a persisté en produisant un rapport du Prof. I_____ du 3 juin 2024. Selon la recourante, il existait un lien de causalité entre l'accident de 2017 et les lésions découvertes en novembre 2021. S'agissant de la recevabilité de la demande de révision, elle relevait ne pas avoir de

formation médicale, étant précisé qu'elle souffrait par ailleurs d'un retard d'apprentissage. Elle n'était donc pas en mesure de comprendre à la lecture d'un rapport d'IRM l'origine et l'éventuelle causalité avec un événement ou un autre. C'était le Dr J _____ qui lui avait expliqué le résultat du rapport d'IRM et le lien avec l'accident. Les médecins eux-mêmes n'étaient pas d'accord quant au lien de causalité, de sorte qu'elle ne pouvait pas comprendre à la seule lecture de l'IRM qu'un tel lien existait.

Dans son avis du 3 juin 2024, le Prof. I _____ a indiqué que l'instabilité postéro-latérale du coude ne pouvait pas être de type dégénératif, mais était d'origine traumatique.

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).

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).

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.

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*).

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 (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 après le 31 décembre 2016.

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.

3. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative

compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les références ; ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

4. Le litige porte sur la question du bien-fondé du rejet par l'intimé de la demande de révision procédurale de la décision du 25 janvier 2021 entrée en force. En d'autres termes, le litige se limite à la question de savoir s'il existe des faits ou moyens de preuve nouveaux et, cas échéant, s'ils ont été invoqués en temps utile

5.

5.1 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

5.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

5.3 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.

5.4 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a : 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6.

6.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, selon sa nouvelle teneur entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, « l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les élongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan ».

6.2 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) 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).

6.3 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).

7.

7.1 En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Partant, un fait nouveau permettant la révision procédurale d'une décision entrée en force doit exister au moment où cette décision a été rendue, mais être découvert après coup (arrêt du Tribunal fédéral 9C_328/2014 du 6 août 2014 consid. 6.1).

7.2 Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références). Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs.

7.3 Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 561/06 du 28 mai 2007 consid. 4).

7.4 La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'ancien art. 137 lettre b OJ (ATFA non publié C 175/04 consid. 2.2 du 29 novembre 2005).

- 8.** 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).
- 9.** 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). 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).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).
11. 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 oeuvre 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 oeuvre 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).

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).

12. En l'espèce, la recourante invoque avoir déposé en temps utiles une demande de révision en s'appuyant sur le rapport du Dr J_____ du 3 mars 2022, lequel a analysé la causalité entre les lésions aux ligaments établies par l'IRM du 30 novembre 2021 et l'accident de février 2017, soit après l'entrée en force de la décision du 25 janvier 2021. L'intimée, de son côté, estime que la demande est tardive car émise plus de 90 jours après l'IRM du 30 novembre 2021 et qu'en tout état de cause, la recourante n'établit pas l'existence de faits nouveaux.

Il convient de déterminer en premier lieu si c'est l'IRM du 30 novembre 2021 ou le rapport du 3 mars 2022 qui constitue un éventuel fait ou moyen de preuve nouveau.

En l'espèce, la Cour de céans constate que l'IRM a mis en évidence des lésions alors que le rapport du 3 mars 2022 avait pour but d'évaluer l'éventuel lien de causalité entre lesdites lésions et l'accident de 2017.

Il sied dès lors de retenir que c'est l'IRM, soit un moyen de preuve nouveau qui a mis en évidence un fait nouveau, soit les lésions. En effet, l'analyse d'un éventuel lien de causalité n'a pu avoir lieu qu'en raison de la découverte desdites lésions, il en était donc dépendant.

Comme le relève à juste titre la recourante, elle n'a pas de formation médicale. Dès lors, bien que soutenue par sa famille et par l'assistante sociale de son employeur, toutes étant sensibilisées à la problématique assécurologique de son dossier, il semble difficile de considérer qu'elle ait pu comprendre les pathologies présentées sur la seule base des résultats de l'IRM sans avoir d'explications ou de discussion avec un médecin.

Or, selon les éléments au dossier, les résultats de l'IRM n'ont été discutés qu'à la consultation du 28 janvier 2022, date à laquelle une opération a d'ailleurs été proposée et acceptée par la recourante.

La Cour de céans retiendra ainsi que le délai de 90 jours n'a commencé à courir que le 28 janvier 2022.

Par conséquent, la demande de révision déposée le 4 avril 2022 l'a été en temps utiles.

Reste à examiner si les autres conditions de la révision sont réalisées.

Ainsi, conformément aux principes rappelés ci-dessus, il faut notamment que le diagnostic, soit les lésions ligamentaires, porte sur un fait antérieur à la décision du 25 janvier 2021.

La Cour de céans considère que la recourante n'a pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les lésions ligamentaires constatées plus de quatre ans après l'accident, malgré un suivi médical continu, étaient déjà présentes à ce moment-là. En effet, le Dr J _____ s'est limité à conclure que les examens réalisés préalablement n'étaient pas assez performants ou à tout le moins n'avaient pas permis de les objectiver sans autre développement pour expliquer que lesdites lésions n'aient pas été décelées notamment à l'échographie qui existait déjà au dossier.

Partant, cette condition faisant défaut, le refus d'entrer en matière de l'intimée est fondé, sans qu'il soit nécessaire de procéder aux actes d'instruction sollicités par la recourante.

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le