

GE_GERICHTE ATAS/100/2020 vom 11. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_100_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/100/2020 du 11 février 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/100/2020 del 11 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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.

E. 3

Le 1er janvier 2017, la modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur. Dans la mesure où l'accident considéré est survenu après le 1er janvier 2017, le droit du recourant 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 depuis le 1er janvier 2017.

A/608/2019 - 8/18 -

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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le point de savoir si les suites des atteintes que le recourant a subies au genou gauche (en particulier l'intervention chirurgicale du 27 février 2018), ainsi que l'incapacité de travail du 27 février 2018 au 19 mars 2018, doivent être prises en charge par l'intimée au-delà du 26 août 2017, singulièrement si la déchirure méniscale du genou gauche dont a souffert le recourant est attribuable de manière prépondérante à un état dégénératif.

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). 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). 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 et 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

A/608/2019 - 9/18 - 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.

E. 7

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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 : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA. b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui

de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 p. 4893).

E. 8

a. La doctrine relève que selon la lettre de la nouvelle disposition, ce n'est pas uniquement l'exigence d'un facteur extérieur qui disparaît, mais également celle liée à l'existence des autres éléments constitutifs de l'accident. Il y aurait ainsi obligation de prêter de l'assureur-accident chaque fois qu'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, et ce même si l'assuré ne cite aucun événement auquel la lésion pourrait être imputée ou à la suite duquel elle serait

A/608/2019 - 10/18 - apparue. Savoir s'il s'agit vraiment là de l'intention du législateur est peu clair. Une telle solution apparaîtrait certainement en contradiction avec la possibilité de l'assureur de se libérer de prêter. La présomption légale de droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste ne peut en effet être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle « n'est pas due » (ndr. recte : est due) de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Si la survenance d'un événement en tant que condition du droit aux prestations n'est plus exigée, il y a lieu de se demander en comparaison de quelle autre cause l'atteinte doit être imputée de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En d'autres termes, si aucune autre cause de la lésion n'est avancée, l'usure ou la maladie apparaîtront prépondérantes dans la plupart des cas. Cette question devra être clarifiée par la jurisprudence (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision : wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, RSAS 2017 p. 32-33) b/aa. Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a précisé qu'il résulte de l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA que l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Dans ce contexte, l'existence même d'une lésion corporelle visée à l'art. 6 al. 2 let. a-h LAA conduit désormais à la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Cependant, il découle de la possibilité aménagée par l'art. 6 al. 2 LAA de rapporter la contre-preuve (« pour autant [que les lésions mentionnées aux let. a-h] ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie ») qu'il reste nécessaire de distinguer la lésion corporelle assimilée à un accident, qui est à la charge de l'assureur-accidents, d'une lésion due à l'usure et à la maladie, qui est du ressort de l'assureur-maladie. À cet égard, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable demeure pertinente même après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles), mais cela ne change rien au fait qu'en présence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2

LAA, l'assureur-accidents est en principe tenu de prouver, à moins de prouver que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGa), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion relevant de ladite liste. Si aucun événement initial ne peut être établi, ou seulement un événement tout à fait bénin ou anodin, cela simplifie de toute évidence la preuve libératoire de l'assureur-accidents. C'est en premier lieu aux médecins spécialisés qu'il incombe de procéder à la délimitation litigieuse en prenant en compte l'ensemble du spectre des causes à l'origine de la lésion corporelle en cause. Il convient ainsi de faire la lumière non seulement sur l'état antérieur, mais aussi sur les circonstances dans lesquelles les plaintes sont apparues pour la première fois

A/608/2019 - 11/18 - (par exemple, un bilan traumatologique du genou [« Knietrauma-check »] constitue une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou ; cf. BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base d'évaluations médicales concluantes, que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50 % de tous les facteurs en cause (cf. ATAS/747/2019 du 22 août 2019 consid. 17d). Si le spectre des causes se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve libératoire et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.6). Il s'ensuit qu'à réception de l'annonce d'une lésion relevant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, il incombe à l'assureur-accidents d'en établir les circonstances exactes. Lorsqu'une telle lésion est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGa, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer ses prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate, c'est-à-dire lorsque l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident. Lorsqu'en revanche, l'ensemble des critères de la notion d'accident (art. 4 LPGa) ne sont pas réalisés, l'assureur-accidents doit en principe fournir ses prestations pour la lésion tombant sous l'art. 6 al. 2 LAA – dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2017 –, à moins de prouver que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (même arrêt, consid. 9.1). b/bb. Dans l'arrêt 8C_22/2019 précité, qui concernait un employé âgé de 62-63 ans, dont le genou droit avait heurté une plateforme de lavage, l'assureur-accidents avait reconnu la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et pris en charge les prestations de soins consécutives à cet événement jusqu'à la disparition des troubles (et la fin provisoire du traitement) environ un mois plus tard. Suite à l'apparition de nouvelles douleurs au genou droit environ six mois après la fin (provisoire) du traitement, l'assureur-accidents avait refusé de nouvelles prestations, motif pris que son médecin d'arrondissement avait estimé qu'une contusion guérissait dans un intervalle de six à douze semaines et qu'ainsi, la persistance des plaintes au-delà de ce laps de temps n'était pas due, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident considéré. En l'espèce, le Tribunal fédéral a estimé que l'accident avait causé uniquement une contusion du genou, à l'origine d'une aggravation passagère d'un état dégénératif préexistant. En d'autres termes, l'assureur-accidents avait rapporté la preuve que l'accident ne constituait pas la cause – ne serait-ce que partielle – de la déchirure méniscale qui avait été objectivée sept jours après l'accident au moyen d'une IRM. Par ce biais, l'assureur avait également rapporté la preuve que cette lésion, qui était comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, était due de manière

prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie, dans la mesure où rien n'indiquait qu'il y avait eu, après l'accident, un autre événement initial qui aurait pu entrer en considération pour expliquer la lésion

A/608/2019 - 12/18 - (consid. 9.2). En résumé, la déchirure du ménisque litigieuse n'était pas due à l'accident. Et en l'absence d'indice en faveur d'un événement initial postérieur à cet accident, il n'était pas nécessaire d'examiner le cas à la lumière de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2017 (consid. 10). b/cc. Dans un arrêt 8C_267/2019 du 30 octobre 2019, qui concernait des douleurs au genou survenues en novembre 2017 au cours de la pratique d'un sport par une assurée (saut effectué pour attraper un ballon et douleurs au genou gauche apparues après la perception d'un craquement lors de la réception sur la jambe gauche), à propos desquelles le médecin d'arrondissement – et à sa suite l'assureur – avait estimé qu'elles ne découlaient pas d'un accident et n'engageaient pas la responsabilité de l'assureur-accidents sur la base de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, en raison d'un état dégénératif qui s'était développé suite au traitement d'un accident survenu en 2013 (faiblesse de la plastie du ligament croisé antérieur et résection partielle du ménisque pratiquée après ce premier événement), le Tribunal fédéral n'en pas moins considéré que l'événement survenu en novembre 2017, envisagé en tant que cause potentielle de l'atteinte à la santé, n'était pas tout à fait bénin et que même si le médecin d'arrondissement tirait argument de l'état dégénératif précité, il s'était toutefois abstenu de se prononcer sur un rapport du médecin traitant de l'assurée, dans lequel ce praticien faisait part de son incompréhension au sujet du caractère dégénératif retenu et soulignait que sa patiente n'avait connu aucun trouble avant l'événement de novembre 2017, de sorte que les lésions méniscales en cause étaient certainement dues à un accident et nécessitaient un réexamen du cas. Selon le Tribunal fédéral, il n'était pas possible de se fonder sur le seul rapport du médecin traitant de l'assurée, d'autant que celui-ci reposait sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc ». Indépendamment de cet aspect, les rapports des médecins traitants devaient être appréciés avec réserve, compte tenu de la relation de confiance qui les lie au patient et les pousse, dans le doute, à prendre position en faveur de ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). En revanche, ce rapport du médecin traitant de l'assurée éveillait à tout le moins de légers doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'assureur, selon laquelle la déchirure du ménisque procédait d'un état dégénératif postérieur à un accident survenu en 2013. Par conséquent, il n'était pas non plus possible non plus de se fonder sur le rapport du médecin de l'assureur (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1). En conclusion, le dossier ne comportait pas de rapport médical revêtant force probante et qui aurait permis une appréciation définitive du cas. Par ailleurs, on ne pouvait pas considérer, par appréciation anticipée des preuves, qu'en ordonnant d'autres mesures d'instruction médicale, il n'y avait pas lieu d'en attendre de nouvelles conclusions pertinentes pour la résolution du cas (ATF 136 I 229 consid. 5.3). Dans ces circonstances, la présomption légale, selon laquelle il revient à l'assureur-accidents de prendre en charge une lésion corporelle assimilée à un accident ne s'appliquait pas (encore) et il incombait à l'assureur, en application du principe inquisitoire (art. 43 LPGA), de

A/608/2019 - 13/18 - mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA puis de rendre une nouvelle décision.

E. 9

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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

E. 10

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 et ATF 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 11

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

A/608/2019 - 14/18 - 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). c/bb. 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

A/608/2019 - 15/18 - 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. 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 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).

E. 13

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. 14

mars 2018, supra EN FAIT consid. 13). Il appert ainsi que le dossier sur lequel s'est fondé le Dr F_____ ne contient aucune pièce médicale motivée sur l'origine dégénérative de la déchirure. Enfin, le médecin-conseil de l'intimée – qui n'a ni examiné ni posé de questions au recourant, ni pris contact avec ses médecins – ne prend pas du tout position au sujet du rapport du 5 septembre 2018, dans lequel le Dr C_____ mentionne « les circonstances qui ont amené cette lésion, c'est-à-dire l'accident et la chute à moto ». S'il est vrai que les affirmations du Dr C_____ semblent se fonder uniquement sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », insuffisant à établir un lien de causalité naturelle avec l'événement du 26 juin 2017 (cf. ci-dessus : consid. 6), il n'en demeure pas moins que le Dr C_____ est le premier médecin à avoir examiné le recourant après cet événement, soit le 27 juillet 2017, et qu'à cette occasion, le recourant a fait état de douleurs résiduelles au genou gauche. Or, à ce niveau-là, le médecin a constaté une palpation douloureuse ainsi qu'une limitation de la flexion et de l'extension du genou gauche, faisant suspecter une lésion méniscale, surtout au niveau du ménisque interne gauche suite à l'accident du 26 juin 2017. L'existence de cette lésion a ensuite été confirmée par l'IRM du 5 octobre 2017. Il s'ensuit que le rapport du Dr C_____ éveille à des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, de sorte que la chambre de céans ne saurait se fonder sur son rapport du 19 juillet 2018, pas plus

A/608/2019 - 17/18 - que sur ceux des 10 avril 2018 et 5 septembre 2018 des Dr D_____, respectivement C_____, vu leur absence de motivation sur l'origine de l'atteinte subie par l'assuré. Au vu du doute qui entoure les suites provoquées par l'événement du 26 juin 2017 (simple contusion vs conséquences plus délétères pour le genou gauche), la présomption légale de l'art. 6 al. 2 LAA, selon laquelle il revient à l'assureur-accidents de prendre en charge une lésion corporelle assimilée à un accident ne s'applique pas (encore). Par conséquent, il incombera à l'intimée, conformément au principe inquisitoire (art. 43 LPG), de recourir aux services d'un expert indépendant en application de l'art. 44 LPG.

E. 15

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 15 janvier 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

E. 16

Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle incomplète, ce qui justifie que la cause lui soit renvoyée, il sera renoncé aux mesures d'instruction proposées par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c).

E. 17

Bien qu'il obtienne gain de cause, le recourant, non représenté et n'ayant pas fait valoir de frais engendrés par la procédure, n'a en principe pas droit à des dépens et ne remplit pas non plus les critères permettant qu'il soit dérogé à cette règle ; on ne saurait considérer, en l'espèce, que l'importance de la cause et sa complexité aient rendu nécessaires des frais ou un volume de travail excédant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts (ATF 127 V 205 consid. 5b ; cf. ég. ATF 125 II 518 et Jean MÉTRAL, in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales n. 103 ad art. 61 LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). *****

A/608/2019 - 18/18 - 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.