

GE_GERICHTE ATAS/1039/2019 vom 12. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1039_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1039/2019 du 12 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1039/2019 del 12 novembre 2019

Erwägungen

E. 27

mars 2018 et l'événement du 22 août 2011 était possible sans plus. Il était également possible, sans plus, avec l'événement du 3 décembre 2012. 35. Par arrêt incident du 29 juillet 2019 (ATAS/677/2019), la chambre de céans a confirmé le retrait de l'effet suspensif de recours, hormis en tant qu'il portait sur l'obligation de restituer les indemnités journalières versées à hauteur de CHF 27'160.-, et a réservé la suite de la procédure. 36. Dans sa réplique du 8 août 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que c'était à tort que les Drs F_____ et G_____ affirmaient que le problème essentiel de son genou droit était l'état précaire du cartilage. Il sollicitait l'audition du Dr B_____ sur ce point. Les Drs F_____ et G_____ avaient mentionné la confusion du dossier et l'absence du rapport opératoire du 4 juillet 2012. La structure lésée, soit la corne postérieure du ménisque interne, était celle dont le traitement avait été pris en charge à l'époque par l'intimée. 37. Par écriture du 29 août 2019, l'intimée a renoncé au dépôt d'une duplique.

A/1272/2019 - 9/15 - 38. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le

E. 30

août 2019. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable. 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour accident en lien avec les troubles du genou qu'il présente depuis le 27 mars 2018, et dans la négative sur son obligation de restituer les indemnités journalières versées par l'intimé. 4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie 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, en revanche, 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 se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). 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 ou que la personne assurée est

A/1272/2019 - 10/15 - dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). 5. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage post hoc ergo propter hoc, lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 6. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance prépondérante, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1). À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé

entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré

A/1272/2019 - 11/15 - de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n°U 275 p. 191 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 250/04 du 3 mai 2005 consid. 1.2). Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3 et U 50/99 du 28 juin 2001 consid. 3a). Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438

A/1272/2019 - 12/15 - p. 346 consid. 3d). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime,

sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4). 8. En l'espèce, force est de constater que la motivation de la décision de l'intimée du 23 octobre 2018 est pour le moins lacunaire. Sur le fond, on notera que l'avis initial du Dr E_____ du 9 octobre 2018, ayant fondé la négation du droit aux prestations, a été contredit par les indications de ce même médecin datées du lendemain. Ces deux avis consistent chacun en une phrase apposée sur un formulaire, sans aucune motivation. À l'évidence, ils ne suffisent pas à confirmer ou infirmer au degré de la vraisemblance prépondérante le droit du recourant à des prestations. Il est du reste surprenant que ce médecin ait opéré une telle volte-face sans s'en expliquer, même succinctement. Quant à la prise de position du Dr E_____ du 23 janvier 2019, ayant conduit l'intimée à rejeter l'opposition, elle se fonde sur des différences alléguées entre les interventions consécutives respectivement à l'événement du 22 août 2011 – qui ne constituait pas un accident selon la décision entrée en force de l'intimée – et à l'accident de décembre 2012. Le Dr E_____ affirme en effet que la première traitait avant tout des fissures cartilagineuses alors que la seconde portait sur le ménisque. Or, les lésions révélées par l'IRM de septembre 2011 évoquent tant une déchirure du ménisque qu'une fissure cartilagineuse. Tel est également le cas de l'IRM réalisée dans les suites de l'accident de décembre 2012. L'IRM du 4 octobre 2018 a également mis en évidence une délamination du cartilage et la persistance d'un aspect fissuraire du ménisque. Selon le rapport opératoire de janvier 2013, les gestes chirurgicaux ont porté tant sur les structures méniscales que cartilagineuses, puisqu'ils impliquaient notamment une chondroplastie et une résection de flaps cartilagineux. Par ailleurs, ni le compte-rendu opératoire de l'arthroscopie consécutive à l'événement non pris en charge d'août 2011, ni celui de novembre 2018 ne figurent au dossier constitué par l'intimée, et le Dr E_____ admet lui-même ignorer le projet thérapeutique en 2018. Cela démontre d'une part que l'avis de ce médecin n'a pas été émis après étude du dossier complet. D'autre part, dans ces circonstances et en l'absence de toute autre motivation, on comprend

A/1272/2019 - 13/15 - mal à quels éléments objectifs le Dr E_____ se réfère pour conclure à une évolution et une intervention essentiellement liée aux problèmes de cartilage, ce qui permettrait de rattacher selon lui les troubles du genou à un événement non pris en charge par l'intimée. Il ne peut en particulier pas tirer argument de l'intervention liée au sinistre 11.39057.12.7, qui concerne en réalité le genou gauche et non le genou droit du recourant. Partant, l'avis du médecin d'arrondissement n'emporte pas la conviction. L'appréciation des Drs F_____ et G_____ ne suffit pas à pallier les carences du rapport précité du Dr E_____. D'une part, ils admettent que la progression des lésions dégénératives du genou est favorisée par les deux interventions pratiquées au genou – soit également celle dont la prise en charge incombe à l'intimée. D'autre part, ils n'ont pas non plus eu accès à l'ensemble du dossier, puisqu'ils ne disposaient notamment pas du rapport opératoire de juillet 2012, ni de celui relatif à la chondroplastie que le recourant a subie dans le passé selon le Dr B_____ – si tant est qu'il s'agit d'une intervention distincte de celle de juillet 2012, ce que la lecture du dossier ne permet pas de déterminer. Ainsi, à l'instar de la prise de position du Dr E_____, l'avis des Drs F_____ et G_____ ne se fonde pas non plus sur l'étude du dossier complet du recourant, ce qui suffit à nier sa valeur probante. Il est du reste significatif que ces médecins aient souligné l'« ambivalence » et la confusion du dossier orthopédique du recourant. 9. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans

ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant d'avis émis sur la base de l'étude d'un dossier incomplet. Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligentant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise. Eu égard à l'issue du litige, la chambre de céans ne mettra pas en œuvre les mesures probatoires requises par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), 10. Le recours est partiellement admis.

A/1272/2019 - 14/15 - Le recourant a droit à une indemnité de procédure, qui sera fixée à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). * * * * *

A/1272/2019 - 15/15 - 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.