

GE_GERICHTE ATAS/1074/2014 vom 7. Oktober 2014

GE Cour de justice, 2014-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1074_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1074/2014 du 7 octobre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1074/2014 del 7 ottobre 2014

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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.

A/3555/2013 - 9/16 -

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 4 avril 2013, singulièrement sur la persistance d'un lien de causalité entre l'accident du 11 juin 2012 et ses atteintes méniscales et cartilagineuses.

E. 5

L'intimée soutient que le diagnostic de « névrome en continuité d'une branche du nerf saphène » excède l'objet du litige et doit faire l'objet d'une décision séparée. Dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, 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 (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées). En l'occurrence, force est de constater que la décision litigieuse ne statue pas sur la question

du lien de causalité entre le diagnostic de névrome et l'accident du 11 juin 2012, dès lors que l'intimée ne disposait d'aucune pièce mentionnant une telle atteinte jusqu'au stade du recours. Partant, cette question, comme celle de savoir si l'assuré souffre d'un névrome, sortent de l'objet du litige et devront faire l'objet d'une décision distincte, comme l'envisage l'intimée.

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).

E. 7

a. 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 exigence 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

A/3555/2013 - 10/16 - 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, 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 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. b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de payer 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; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui

A/3555/2013 - 11/16 - existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). c. 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. 8

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/3555/2013 - 12/16 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Etant 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). 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).

E. 9

a. 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). b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2,

A/3555/2013 - 13/16 - U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions :

soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

E. 10

a. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur les conclusions du Dr F_____, médecin-conseil de l'intimée, lequel a notamment estimé, après s'être entretenu avec le Dr E_____, que « les symptômes persistants, pas toujours en corrélation avec les examens cliniques, semblent en liaison avec une atteinte dégénérative préexistante que l'accident a provisoirement péjoré (...) Considérant une bonne récupération en avril 2013 et une reprise du travail antérieur, on peut fixer à cette date le retour au statu quo sine » (cf. rapport du 23 mai 2013). Le recourant conteste les conclusions du Dr F_____ relatives au retour du statu quo sine en avril 2013, lesquelles ne lui paraissent ni suffisamment motivées ni convaincantes. Il soutient qu'il ne présente aucune atteinte préexistante, si bien qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'un statu quo sine. Il se prévaut des rapports de ses médecins, notamment ceux des Drs J_____, M_____ et O_____. Le Dr J_____ a répondu positivement à la question de savoir si l'accident du 11 juin 2012 avait pu aggraver des atteintes préexistantes, précisant que la durée de cette aggravation pouvait aller jusqu'à douze mois sur le plan méniscal et six mois environ sur le plan du cartilage. Il a réfuté les conclusions du Dr F_____, motif pris que ses examens cliniques étaient cohérents avec un test positif du ménisque interne et que la cicatrisation de l'intervention chirurgicale de février 2013 pouvait encore prendre jusqu'à trois mois, soit jusqu'en décembre 2013 (cf. rapport du 26 septembre 2013). b. Comme cela ressort de ce qui précède, les Drs F_____ et J_____ estiment l'un et l'autre que l'accident du 11 juin 2012 a péjoré une atteinte dégénérative

A/3555/2013 - 14/16 - préexistante. Leurs conclusions divergent en revanche sur la durée de cette aggravation. Afin de se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les atteintes méniscales et cartilagineuses du recourant et son accident du 11 juin 2012, partant sur la date d'un éventuel statu quo sine, il convient d'examiner la valeur probante des rapports des Drs F_____, J_____ et E_____. c. À titre préliminaire, la chambre de céans estime inutile de se prononcer sur la valeur probante des rapports des Drs M_____, L_____ et O_____ produits par le recourant à l'appui de ses écritures. En effet, ces derniers traitent du diagnostic de névrome et de son lien de causalité éventuel avec l'accident du 11 juin 2012, soit de questions qui excèdent l'objet du litige (cf. consid. 5). d. S'agissant du rapport du Dr F_____ du 23 mai 2013, il sied de relever que ses conclusions relatives au retour d'un statu quo sine en avril 2013 sont motivées de manière

particulièrement sommaire, puisqu'elles tiennent compte essentiellement d'une « bonne récupération en avril » et de la « reprise du travail », étant précisé que l'appréciation complète de ce médecin ne s'étend que sur 17 lignes, en tenant compte du résumé de son entretien avec le Dr E_____. En outre, selon ce même rapport, les IRM effectuées les 16 janvier et 6 mai 2013 ne démontrent aucune « modification ». Comme les IRM précitées ne démontrent pas d'évolution de la situation, on peine à comprendre la bonne récupération alléguée en avril 2013, qui n'est au demeurant pas corroborée par le rapport du Dr E_____ du 11 mars 2013, établi à une date proche. Le Dr E_____ y décrit une évolution très lentement favorable, un pronostic réservé et stipule qu'aucune reprise du travail n'est envisagée à court terme. Par ailleurs, on ignore si le Dr F_____ a tenu compte du temps nécessaire à la cicatrisation de l'intervention chirurgicale de février 2013 pour se déterminer sur le statu quo sine, ce point n'étant pas abordé dans son rapport contrairement à celui du Dr J_____. Enfin, on remarquera que la reprise du travail dont le Dr F_____ a tenu compte en avril 2013 s'est révélée particulièrement brève, puisque le recourant s'est inscrit au chômage, apparemment en juillet 2013 (cf. rapport du Dr L_____ du 7 octobre 2013). Partant, la chambre de céans estime qu'une pleine valeur probante ne saurait être reconnue au rapport du Dr F_____ du 23 mai 2013, lequel se fonde sur des conclusions insuffisamment motivées et dont certains indices remettent en question le bien fondé. Une pleine valeur probante ne peut a fortiori pas être admise s'agissant de son rapport du 8 avril 2013, dont la motivation est encore plus succincte. e. Cela étant, il n'y a pas lieu non plus de se fonder sur le rapport du Dr J_____ du 26 septembre 2013, dès lors qu'il ne contient aucune anamnèse, est peu motivé et que ses conclusions sont confuses. On relèvera en particulier que le Dr J_____, invité à se déterminer au sujet du statu quo sine, a indiqué que la cicatrisation de l'opération chirurgicale de février 2013 pouvait « encore prendre jusqu'à trois mois », soit jusqu'en décembre 2013. Il a toutefois déclaré dans le même document que l'accident avait probablement aggravé une atteinte méniscale préexistante A/3555/2013 - 15/16 - pendant douze mois au maximum, soit jusqu'en juin 2013. Force est de constater que ces conclusions, qui tendent à confirmer le statu quo sine du ménisque du recourant en juin 2013 d'une part, en décembre 2013 d'autre part, sont peu claires voire contradictoires et qu'elles ne peuvent donc pas être suivies. Il y a également lieu de 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). f. La chambre de céans ne saurait davantage se baser sur les autres rapports figurant au dossier, émanant en particulier du Dr E_____. En effet, ceux-ci sont également peu motivés et ne se prononcent pas expressément sur le lien de causalité entre l'accident et les atteintes méniscales et cartilagineuses, ni sur la date d'un éventuel statu quo sine.

E. 11

Pour les motifs précités, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 11 juin 2012 et les atteintes susmentionnées, singulièrement sur la date d'un éventuel statu quo sine. Force est de constater que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'un rapport de son médecin-conseil très peu motivé et ne disposant pas d'une pleine valeur probante, dont les conclusions sont de surcroît contestées par le Dr J_____. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur le lien de

causalité entre les atteintes méniscales et cartilagineuses et l'accident du 11 juin 2012, en particulier sur la date d'un éventuel statu quo sine. Celle-ci sera mise en œuvre par une expertise en médecine orthopédique confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

E. 12

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 2'000.- (art. 61 let g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3555/2013 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.