

GE_GERICHTE ATAS/139/2009 vom 15. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_139_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/139/2009 du 15 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/139/2009 del 15 gennaio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

A/3081/2007 - 13/18 -

E. 3

Conformément à l'article 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivants la notification de la décision sujette à recours. Déposé au Greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales le 10 août 2007 contre la décision sur opposition de l'intimée du 10 juillet 2007, le recours intervient indéniablement en temps utiles, vu la suspension de délais prévue par l'article 38 alinéa 4 LPGA. Par ailleurs, l'ensemble des conditions prévues par les articles 56 et ss LPGA sont réalisées, de sorte que le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'affection qui a donné lieu à l'intervention chirurgicale du 8 janvier 2007 et l'accident du 24 juin 2006.

E. 5

L'art. 6 al. 1 LAA dispose que les prestations d'assurance-accident sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Cette disposition est complétée notamment par l'art. 8 al. 1 LAA qui précise que les accidents non professionnels sont tous les accidents qui n'entrent pas dans la catégorie d'accidents visée à l'art. 7 LAA. L'art. 8 LAA renvoie à la notion générale d'accidents visés à l'art. 4 LPGA, qui dispose qu'il faut entendre par accidents tout atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale et psychique ou qui entraîne la mort. Cinq conditions résultent de cette norme. Il doit s'agir d'une atteinte dommageable au corps humain qui soit soudaine et involontaire, peu importe le fait que les conséquences de l'atteinte se fassent sentir ultérieurement. L'atteinte doit, en outre, être le fait d'une cause extérieure (chute, choc, etc.), cause pouvant être qualifiée d'extraordinaire. Enfin, l'atteinte à la santé doit être dans un

rapport de causalité naturelle avec l'événement dommageable. Si tel est le cas, ce rapport de causalité doit en outre pouvoir être qualifié d'adéquat. Ainsi, l'événement dommageable doit, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, être propre à entraîner l'atteinte à la santé, ou à tout le moins la favoriser. Ces cinq conditions sont cumulatives. Il suffit que l'une d'entre elle fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références).

E. 6

L'examen de la causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommageable de caractère accidentel ne va pas sans poser un certain nombre de difficultés, raison pour laquelle le législateur fédéral a prévu à l'art. 6 al. 2 LAA une clause de délégation en faveur du Conseil fédéral. Celle-ci vise à assimiler certaines lésions corporelles à un accident. L'exécutif fédéral a usé de cette compétence déléguée en adoptant l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance accident (OLAA). Cette dernière disposition pose une sorte de présomption réfragable que les affections

A/3081/2007 - 14/18 - listées aux lettres a. à h. de son alinéa 2 doivent être assimilées à un accident. La partie qui conteste cette présomption peut apporter la preuve du contraire et démontrer que l'affection est imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Il doit toutefois établir que ce lien de causalité est manifeste. Le Tribunal fédéral des assurances a précisé que 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. Ainsi, selon lui, les assureurs accident LAA doivent assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couverts par l'assurance maladie. Le Tribunal fédéral précise également que les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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. En l'absence d'un tel facteur déclenchant, ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 466 ; 123 V 44 consid. 2b ; 116 V 147, consid. 6c ; 114 V 301 consid. 3c). Le Tribunal fédéral des assurances a encore précisé, s'agissant du droit de la preuve, que les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que l'origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste (ATF 126 V 360, consid. 5b ; 125 V 195, consid. 2).

E. 7

Conformément à l'art. 20 de la loi genevoise sur la procédure administrative (ci-après LPA), ainsi que de l'art. 61 lit. c. in fine LPGA, le Tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Le Tribunal fédéral a précisé que le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais qu'il doit procéder à une appréciation complète et rigoureuse des preuves qui lui sont offertes. Dès lors, il 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 (ATF 125 V 351). S'il se trouve en présence de rapports médicaux qui s'opposent, il doit indiquer les raisons qui l'amènent à préférer une opinion médicale à une autre. Le Tribunal fédéral a encore

précisé que le devoir de motivation qui incombe au juge doit le conduire à s'attacher au contenu du rapport médical sans s'attacher à son origine ou à sa désignation sous la forme de rapports ou d'expertises. La valeur probante du contenu dépend d'un certain nombre de conditions. 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 d'interférence médicale soit

A/3081/2007 - 15/18 - claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et des arrêts référencés). Le juge peut se fonder sur des données médicales émanant de médecins liés à l'assureur par des relations contractuelles régulières, tel que le médecin-conseil de l'assurance. Il devra poser des exigences sévères quant à la partialité de l'appréciation portée par ce médecin et par la fiabilité des données de ce dernier. Le rapport médical du médecin traitant doit également être pris en compte, étant précisé que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient, en raison de la relation de confiance qui le lie à ce dernier (FRESARD / MOSER-ZELES, « L'Assurance-accident obligatoire », in Soziale Sicherheit, 2ème édition, paragraphe 688, p. 1024 et 1025 ; ATF 125 V 351).

E. 8

janvier 2007 et ses suites, que l'on puisse admettre comme clairement établi un caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé. b) Le Tribunal estime que l'instruction du dossier n'a pas permis d'établir clairement que la déchirure du ménisque découle d'un phénomène maladif ou dégénératif. Elle apparaît, au contraire, liée à un événement traumatique. Le Dr Q_____ a indiqué, dans son avis médical du 14 avril 2008 et lors de l'audience du 6 novembre 2008, que son analyse relevait de la vraisemblance. Il ignore notamment si les symptômes dont la recourant souffre actuellement existaient avant l'accident de juin 2006. De même, il sied de relever que le point de vue du Dr Q_____ est fondé en grande partie sur un raisonnement par impossible. En effet, il a exposé au Tribunal que la déchirure du ménisque ne pouvait être le fait de l'accident de juin 2006, faute de quoi l'IRM du 28 juillet 2006 aurait dû permettre de la constater. Il a toutefois admis que la plupart des lésions méniscales ne se manifestaient pas directement après un traumatisme, mais par la suite, ce qui restreint la portée de l'affirmation qui précède.

A/3081/2007 - 16/18 - Les interrogations exprimées par le Dr Q_____ lors de son audition ont trouvé des explications convaincantes lors de celle du Dr P_____. En effet, il ressort des enquêtes que la déchirure du ménisque figurait déjà dans le rapport effectué suite à l'IRM du 28 juillet 2006 par le Dr L_____, le 2 août 2006. La déchirure n'était toutefois pas aussi clairement visible à l'IRM qu'à l'arthroscopie. Le Dr P_____ a, en particulier, expliqué, de manière à emporter la conviction du Tribunal, que lors de l'arthroscopie le ménisque est mobilisé de manière à révéler les éventuelles déchirures. Cette explication, en l'absence de tout élément laissant à penser que la recourante ait eu un second accident entre l'IRM du 28 juillet 2006 et l'arthroscopie du 8 janvier 2007 (hypothèse du Dr Q_____), est d'autant plus convaincante qu'elle émane d'un spécialiste en chirurgie orthopédique. Il est, à ce sujet, conforme aux principes applicables en matière d'appréciation des preuves de tenir compte de l'avis du Dr P_____. Celui-ci a, en effet, examiné la recourante et la opérée lui-même, alors que le Dr Q_____,

médecin interniste n'a examiné le dossier que sur pièces. La jurisprudence relative à la prise en compte de l'avis du médecin traitant ne saurait par ailleurs s'appliquer rigoureusement, en l'espèce, tant il apparaît que la relation de confiance avec un spécialiste traitant une problématique particulière est plus lâche qu'avec un médecin traitant généraliste auquel l'on confie de manière régulière des problèmes de santé de différents ordres. Enfin, le Tribunal ignore combien de temps le Dr Q _____ a pu consacrer concrètement au dossier de la recourante, de sorte que son avis ne saurait être écarté pour ce motif. Il ne peut toutefois être complètement ignoré, ni le nombre de dossiers confiés par l'intimée au Dr Q _____, ni le temps objectivement compté consacré à chacun d'eux, susceptible d'expliquer la confusion du Dr Q _____ quant à la date à laquelle a été pratiqué l'IRM, soit le 28 juillet 2006 (après l'accident), au lieu du 24 juin 2006 (avant l'accident). c) Dans tous les cas, même si l'avis du Dr Q _____ était retenu sans réserve, il n'apparaît pas comme clairement établi que l'atteinte à la santé soit exclusivement dégénérative. Au contraire, selon lui, que l'accident a au moins déclenché les symptômes (ATF 129 V 466), lorsqu'il indique que la recourante « a souffert de lésions dégénératives du cartilage et des ménisques, asymptomatiques. L'accident a révélé la présence de ces lésions, par exemple par un mécanisme d'inflammation, alors même que le traumatisme n'était pas de nature à provoquer cette même lésion ».

E. 9

En conséquence, l'intervention chirurgicale du 8 janvier 2007 est en lien de causalité avec l'accident du 24 juin 2006, de sorte que la décision sur opposition de l'intimée du 10 juillet 2007 est erronée et devra, par conséquent, être annulée.

E. 10

De la sorte, le recours, bien fondé, sera admis et l'intimée sera invitée à procéder au calcul et au versement des prestations d'assurance dues.

A/3081/2007 - 17/18 -

E. 11

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens. Ceux-ci, déterminés en fonction du nombre d'écritures et de leur pertinence, du nombre d'audiences et d'actes complémentaires et de la complexité de l'affaire, seront fixés en l'espèce à 2'500 fr.

A/3081/2007 - 18/18 -

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