

GE_GERICHTE ATAS/172/2018 vom 1. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_172_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/172/2018 du 1 mars 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/172/2018 del 1 marzo 2018

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) 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

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

A/3995/2017 - 13/23 -

E. 4

Concernant l'objet du litige, la chambre de céans constate, au vu des conclusions prises par la recourante, que les indemnités journalières ont selon toute vraisemblance été versées sur la base d'une incapacité de travail à 50% dès le 2 novembre 2015 et que la mention de leur octroi à 100% jusqu'au 28 février 2016 (cf. courrier de l'intimée du 19 février 2016 et décision du 19 octobre 2016) est manifestement erronée. Partant, le litige porte, d'une part, sur le bien-fondé de la réduction des indemnités journalières à 50% dès le 2 novembre 2015 et de leur suppression à partir du 29 février 2016 et, d'autre part, sur le rapport de causalité entre l'accident du 26 septembre 2014 et les atteintes à la santé annoncées par la recourante au mois d'avril 2016 dans le cadre d'une rechute.

E. 5

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). En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

E. 6

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle 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 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

A/3995/2017 - 14/23 - 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.

E. 7

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester 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. 5 ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 8

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 ; OLAA - RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1).

A/3995/2017 - 15/23 - Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

E. 9

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 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). 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

A/3995/2017 - 16/23 - 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). 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 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. 10

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). 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (Cst - RS 101 ; 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).

E. 11

En l'espèce, en ce qui concerne le droit aux indemnités journalières, l'intimée a considéré que la recourante présentait, eu égard aux seules suites de l'accident du 26 septembre 2014, une capacité de travail de 50% dès le 2 novembre 2015 et de

A/3995/2017 - 17/23 - 100% dès le 29 février 2016, dans l'activité professionnelle habituelle. Pour ce faire, elle s'est fondée sur les avis de son médecin-conseil. La recourante conteste ces conclusions et soutient ne pas avoir recouvré une quelconque capacité de travail en raison des nombreuses atteintes à la santé découlant du sinistre assuré, comme en attestent les rapports établis par ses médecins traitants.

E. 12

a. La chambre de céans rappelle au préalable que les traitements prescrits et l'incapacité de travail attestée jusqu'au 28 février 2016 étaient motivés par les troubles du genou droit exclusivement. Le Dr H_____ a diagnostiqué un traumatisme associant une entorse et une lésion partielle du ligament croisé antérieur, ainsi que des douleurs rotuliennes. Il a également mentionné qu'une chondropathie rotulienne de stade III à IV avait été constatée sur la dernière IRM et qu'une dysplasie trochléaire avait été évoquée. Il a estimé que ces atteintes étaient compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements à plat, sans escaliers, à 50% (cf. rapport du 19 octobre 2015) dès le 2 novembre 2015 (cf. note de l'intimée du 21 octobre 2015). L'appréciation précitée du Dr H_____ a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, dont les rapports d'imagerie, et repose sur un examen clinique complet de la recourante, dont les plaintes ont été prises en considération. Les conclusions du médecin-conseil, confirmées après l'étude de chaque nouveau rapport communiqué par la recourante, sont étayées et convaincantes. Il appert donc que son rapport du 19 octobre 2015 remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. b. La recourante a reproché au médecin d'arrondissement de ne pas avoir mentionné les diagnostics de rupture complète du ligament interne et de rupture partielle du ligament externe. Il est établi par l'IRM du 11 décembre 2014 que la recourante a présenté, outre la rupture partielle du ligament croisé antérieur relevée par le médecin-conseil, une rupture du ligament latéral interne, une rupture partielle de la partie inférieure du retinaculum et un épanchement intra-articulaire modéré (cf. rapport du 12 décembre 2014 du Dr E_____). Toutefois, l'omission par le Dr H_____ du rappel de toutes ces lésions est sans conséquence dès lors que celles-ci n'étaient plus d'actualité lorsque le médecin-conseil a examiné la recourante, plus d'une année après le sinistre. En effet, lors de l'IRM du 1er juin 2015, ont été objectivées des « séquelles » d'entorse du ligament collatéral interne sans rétraction des fibres, des signes de déchirure partielle du ligament croisé antérieur, une chondropathie fémoro-patellaire de grade III-IV et un épanchement articulaire modéré (cf. rapport du 2 juin 2015 du Dr F_____). D'ailleurs, à partir du mois de juin 2015, le médecin traitant n'a plus retenu de lésions ligamentaires à titre de diagnostics (cf. rapports des 26 juin et 13 août 2015 du Dr C_____) et les Drs G_____ et J_____ ont diagnostiqué un « status post » rupture des ligaments

A/3995/2017 - 18/23 - interne et croisé antérieur (cf. rapport du 13 juillet 2015, respectivement du 29 septembre 2015). La recourante conteste en outre les constatations du Dr H_____ quant à la mobilité de son genou droit et quant à une éventuelle atrophie musculaire. Il sied toutefois de relever que les observations du médecin d'arrondissement sont comparables à celles du Dr C_____ et de la Dresse I_____, médecins qui ont également noté des amplitudes de 110° et 0° en flexion et extension (cf. rapports du 13 août

2015, respectivement du 14 septembre 2015). Qui plus est, le Dr J_____ a observé une mobilité accrue puisqu'il a relevé une flexion/extension de 120/0/0 (rapport du 29 septembre 2015). Concernant l'éventuelle atrophie musculaire, rien ne permet de douter des mesures du médecin-conseil, étant relevé que seul le Dr C_____ a rapporté une atrophie (cf. rapport du 13 août 2015), observation non confirmée par les examens des autres médecins (cf. rapport du 29 septembre 2015 du Dr J_____). La recourante fait ensuite grief au médecin-conseil d'avoir estimé, sans justification, qu'elle présentait une lésion dégénérative antérieure au sinistre. La chambre de céans constate à ce propos que si l'avis du 26 juillet 2015 du Dr H_____ est effectivement succinct et dénué de toute motivation, il a toutefois été confirmé par la suite par la radiographie du 6 avril 2016 qui a mis en exergue des troubles d'ordre dégénératif (cf. rapport du 7 avril 2016 du Dr N_____). Cela étant, la détermination du 19 octobre 2015 du Dr H_____ ne porte pas sur le lien de causalité naturelle entre les différentes atteintes du genou droit et le sinistre assuré, et donc sur un éventuel retour au statu quo ante ou sine, mais sur la capacité de travail de la recourante compte tenu des affections présentées au genou droit. Seule est donc décisive, s'agissant du droit aux indemnités journalières, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. c. Aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr H_____, aux termes de laquelle les troubles présentés au niveau du genou droit permettaient la reprise d'une activité professionnelle en position assise, avec quelques déplacements à plat, sans devoir se déplacer dans des escaliers, à 50% dès le 2 novembre 2015 (cf. rapport du 19 octobre 2015 et note de l'intimée du 21 octobre 2015). Il est souligné en particulier que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement tiennent parfaitement compte des déclarations de la recourante, laquelle lui a indiqué que son périmètre de marche était limité à 500 mètres, avec des arrêts fréquents, et qu'elle avait beaucoup de difficultés à emprunter des escaliers. En ce qui concerne les autres avis au dossier, on relèvera que, après avoir attesté de la fin de l'incapacité de travail dès le 4 mai 2015 (cf. certificat du 30 avril 2015), le Dr C_____ a signé des arrêts de travail à 50% dès le 1er juin 2015 et à 100% à partir du 23 juin 2015 (cf. certificats des 3 et 24 juin 2015), indiquant que sa patiente ne pouvait pas rester assise. Il n'a toutefois pas livré la moindre explication permettant de comprendre pour quelles raisons une telle position, permettant

A/3995/2017 - 19/23 - l'épargne du genou droit, ne serait pas adaptée (cf. rapport du 26 juin 2015). Dans son rapport subséquent, le médecin traitant a maintenu que sa patiente n'était pas apte à travailler, mais n'a plus mentionné que la position assise serait contre-indiquée. Il a uniquement relevé des difficultés à la marche au-delà de 500 mètres et à la montée et descente des escaliers (cf. rapport du 13 août 2015), soit des restrictions similaires à celles retenues par le Dr H_____. Quant au Dr J_____, il n'a pas justifié l'incapacité totale de travail attestée, mais a indiqué que les symptômes présentés par la recourante empêchaient cette dernière de reprendre une « activité physique confortable » et une vie « sans douleur », sans faire état de limitations fonctionnelles incompatibles avec un métier exercé essentiellement en position assise (cf. rapport du 29 septembre 2015). S'agissant de la Dresse I_____, elle a effectivement attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'à la fin de l'année 2015, période pendant laquelle la recourante avait suivi de nombreuses séances de physiothérapie afin de pouvoir stabiliser son genou droit (cf. rapport du

E. 15

Par conséquent, le recours sera rejeté.

E. 16

La procédure est gratuite.

A/3995/2017 - 23/23 - 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.