

GE_GERICHTE ATAS/226/2015 vom 24. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_226_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/226/2015 du 24 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/226/2015 del 24 marzo 2015

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

A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assureur au-delà du 1er février 2013, plus particulièrement sur le lien de causalité naturelle entre les troubles persistants et l'accident du 28 mars 2012.

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

A/1727/2014 - 9/15 - (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. 6

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 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.

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. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

A/1727/2014 - 10/15 - 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 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).

E. 8

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. 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). 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 LPGA), 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

A/1727/2014 - 11/15 - 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). 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). d. 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). e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). f. 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). g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

A/1727/2014 - 12/15 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

En l'espèce, la décision litigieuse, selon laquelle l'assureur entend limiter ses prestations au 3 juillet 2012 - étant précisé qu'il a renoncé à demander le remboursement des frais effectivement assumés jusqu'au 31 janvier 2013 - se fonde sur les conclusions du Dr H_____. Celui-ci considère qu'il n'y a plus de relation de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles dont souffre l'assuré au genou gauche après trois à six mois. Le recourant conteste les conclusions du Dr H_____ relatives au retour du statu quo sine, lesquelles ne lui paraissent ni suffisamment motivées ni convaincantes. Il s'agit dans le cas particulier de déterminer si les troubles au genou gauche qui ont impliqué la reprise d'un traitement médical et une incapacité de travail à compter du 2 octobre 2012, sont encore dans une relation de causalité avec l'accident du 28 mars 2012. Tel n'est pas le cas selon l'assureur, selon lequel l'assuré présente des atteintes d'origine malade préexistantes expliquant l'évolution défavorable dès octobre 2012. L'assuré en revanche soutient qu'il ne souffre d'aucun trouble préexistant et fait à cet égard valoir les rapports des Drs C_____ et I_____. Le 30 septembre 2013, le Dr C_____ a en effet confirmé que « nous sommes bien en présence de séquelles d'un traumatisme avec actuellement un état de chondrolyse

évoluant vers une arthrose et dont l'origine remonte simplement à l'accident du 28 mars 2012 ». Il explique en effet que les clichés radiologiques du mois d'avril 2013 ne montrent aucun signe d'atteinte dégénérative. Il relève que les lésions principales visualisées sur l'IRM du 20 avril 2012 sont essentiellement une contusion osseuse et une lésion méniscale. Il en conclut qu'il s'agit d'un traumatisme, et cela en particulier chez un patient qui n'était à l'époque âgé que de 23 ans et qui ne présentait aucun antécédent traumatique ni maladie anamnestique. Le Dr I_____ a également qualifié la relation de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles au genou gauche persistants comme probable, voire hautement probable.

E. 11

Le Dr H_____ a envisagé la possibilité que l'accident du 28 mars 2012 ait pu aggraver une supputée lésion méniscale préexistante, ou encore déchirer un ménisque fragilisé, et considère que dans ce cas, l'implication de cet accident serait

A/1727/2014 - 13/15 - limitée à trois à six mois au maximum, variant surtout en fonction de l'état de dégradation du genou (donc du stade dégénératif). Le traitement prodigué adéquat a servi à éliminer la part traumatique du problème (supputée lésion méniscale surajoutée), mais a laissé l'arthrose évoluer. Le médecin a ainsi conclu qu'après un délai de trois à six mois (status quo ante/sine), il faudra considérer que le cursus du genou gauche a été régi (et continue à l'être) par le potentiel évolutif de l'arthropathie dégénérative, au même titre que pour les autres articulations atteintes, de sorte que la relation de causalité naturelle entre l'accident du 28 mars 2012 et l'incapacité de travail à partir du 2 octobre 2012 plus particulièrement lui paraît hautement, voire très hautement, improbable. La chambre de céans relève que le Dr H_____ fonde ainsi ses conclusions sur l'hypothèse que l'assuré avait antérieurement souffert d'une lésion méniscale ou qu'il présentait déjà un ménisque fragilisé. Le médecin part de l'idée qu'il y avait lors de l'accident du 28 mars 2012 une arthrose dégénérative. Il a motivé une prédisposition génétique pour l'arthrose par le fait que l'assuré était par ailleurs déjà atteint d'une arthropathie dégénérative de la hanche, ce qui était plutôt précoce pour un assuré de son âge, et d'une gonarthrose bilatérale. Le Dr I_____ a à cet égard confirmé que l'assuré est « visiblement prédisposé à développer des atteintes articulaires dégénératives » (cf rapport du 27 juin 2014). Il a également fait état de « facteurs aggravants présents préalablement à l'accident » (cf rapport op. cit.). S'il a quant à lui considéré que le lien de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles persistants au genou gauche était probable, voire hautement probable, il a toutefois précisé que des facteurs aggravants survenus préalablement étaient présents. Il est vrai que selon le Dr C_____, les radiographies d'avril 2013 ne montraient aucun signe d'atteinte dégénérative. Il importe toutefois de rappeler que le Dr C_____ lui-même avait considéré que l'assuré pouvait reprendre son travail à plein temps dès le 4 juillet 2012, soit 3 mois après l'accident, ce qui correspond précisément au délai indiqué par le Dr H_____. Il convient d'admettre dans ces conditions que le rapport du Dr H_____, argumenté et étayé, a pleine valeur probante.

E. 12

Des considérations qui précèdent, il ressort que les rapports des Drs C_____ et I_____ ne permettent pas de douter suffisamment des conclusions du Dr H_____, dont la chambre de céans est convaincue du bien-fondé, au vu des explications fournies. Dans ces conditions, il apparaît superflu d'administrer d'autres preuves, en particulier de mettre sur pied

l'expertise réclamée par l'assuré. On peut raisonnablement penser, au degré de vraisemblance requis par la procédure, que l'assuré souffre de troubles dégénératifs qui ont provoqué l'incapacité de travail à compter d'octobre 2012. Il y a en conséquence lieu de considérer que c'est à juste titre que l'intimée a entendu mettre un terme à ses

A/1727/2014 - 14/15 - prestations au 3 juillet 2012 - étant précisé qu'il a renoncé à demander le remboursement des frais effectivement assumés jusqu'au 31 janvier 2013.

E. 13

Le 31 octobre 2014, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il entendait, par une amplification de ses conclusions, conclure à ce que l'assureur soit également condamné à l'indemniser pour tout le dommage futur en lien avec son genou gauche qu'il pourrait subir en raison du fait qu'il n'a pas pu bénéficier du traitement proposé par les médecins suite à l'examen du 24 septembre 2013. En effet, suite à la décision de suspension, il n'avait pas pu suivre les mesures thérapeutiques qui lui avaient été proposées à l'issue de l'examen du 24 septembre 2013. L'assureur n'avait du reste même pas donné son avis sur la prise en charge de ces mesures, alors qu'il y avait été expressément invité. Il y a lieu de déclarer que les conclusions amplifiées de l'assuré sont recevables, dans la mesure où le juge n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut ainsi adjuger plus ou moins, à condition de respecter le droit d'être entendu (ATFA non publié B 59/03 du 30 décembre 2003, consid. 4.1). Selon l'assureur toutefois, elles doivent être rejetées au fond, dès lors que la décision d'entreprendre un traitement médical appartient au médecin indépendamment de la question de savoir qui est le débiteur de cette prestation et qu'en cas de doute, cette situation est réglée à l'art. 70 LPGa. La chambre de céans relève en effet que cette disposition, qui prévoit la prise en charge provisoire des prestations par une assurance sociale lorsqu'un événement assuré donne à l'ayant droit le droit à des prestations, mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (art. 70 al. 1 LPGa), constitue une norme de coordination entre les assureurs sociaux. Elle suppose que l'intéressé adresse une demande de prise en charge provisoire à l'institution d'assurance sociale entrant en ligne de compte (art. 70 al. 3 LPGa) et que celle-ci rende une décision au sens de l'art. 49 LPGa, sujette à opposition, puis à recours le cas échéant.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 15

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/1727/2014 - 15/15 - 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.