

GE_GERICHTE ATAS/244/2013 vom 7. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_244_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/244/2013 du 7 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/244/2013 del 7 marzo 2013

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; RSG E 2 05) en vigueur depuis 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).

A/1489/2012 - 7/13 - La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). 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 345 consid. 3).

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations le 8 septembre 2010, plus précisément sur la question de savoir si l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du genou gauche ayant subsisté après cette date et l'accident du 11 juillet 2010 peut être admise. Le fait que le recourant ait été victime d'une lésion assimilée à un accident lors de l'événement du 11 juillet 2010 n'est en revanche pas litigieux.

E. 5

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. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux

cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGa), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

E. 6

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

A/1489/2012 - 8/13 - 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 fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATFA non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). Par ailleurs, le seul 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). 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. 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 (ATF non publié 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

E. 7

L'art. 36 LAA régit la responsabilité de l'assureur-accidents en cas de concours de diverses causes de dommages. Selon l'alinéa premier de cet article, 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. Cette disposition rompt partiellement avec le principe d'une assurance causale en faveur d'une assurance finale, c'est-à-dire d'une assurance appelée à verser des prestations indépendamment de l'origine de l'événement assuré. Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est en revanche pas applicable lorsque les deux facteurs ont causé des

lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps (Jean-Maurice

A/1489/2012 - 9/13 - FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Soziale Sicherheit, SBVR, 2007, pp. 929-930 nn. 287 et 290). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'assuré est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATFA non publié U 270/00 du 31 janvier 2001, consid. 2b). Si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (ATFA non publié U 149/99 du 7 février 2000, consid. 3).

E. 8

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. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). 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

A/1489/2012 - 10/13 - l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié 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 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

E. 9

En l'espèce, la décision dont est recours se fonde sur l'avis du Dr P _____. Du point de vue formel, cet avis ne satisfait pas aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante des rapports médicaux. Il consiste en effet en quelques lignes rapportées par un collaborateur de l'intimée et sa motivation n'est guère suffisante. Le médecin-conseil de l'intimée se contente de relever l'aspect dégénératif qui apparaît sur les clichés de l'arthroscopie réalisée par le Dr O _____. Or, la présence de phénomènes dégénératifs du genou gauche ne suffit nullement à nier l'existence d'une atteinte traumatique causée par l'accident de juillet 2010. En effet, l'IRM réalisée en août 2010 a notamment mis en évidence une déchirure oblique du corps du ménisque externe et le rapport du radiologue ne permet pas de conclure à l'origine dégénérative de cette lésion. L'intervention pratiquée par le Dr O _____, dont la prise en charge est litigieuse, avait en outre précisément pour but le traitement de cette lésion. Par surabondance, on ajoutera que même si la déchirure du ménisque décelée par le Dr Q _____ était exclusivement d'origine dégénérative, il n'est pas exclu qu'elle ait pu être décompensée par l'accident de juillet 2010, auquel cas, le

A/1489/2012 - 11/13 - traitement serait de toute façon à la charge de l'intimée, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus. Quant à l'argument de l'intimée qui soutient par ailleurs qu'il ressort du rapport de son inspectrice du 29 avril 2011 que le recourant aurait toujours souffert de douleurs, qui se seraient amplifiées avec le temps, il ne peut qu'être écarté car cette allégation repose sur une lecture erronée dudit rapport. En effet, l'inspectrice a au contraire noté que, depuis l'arthroscopie réalisée en 2002 et jusqu'à l'accident de juillet 2010, le recourant n'avait pas ressenti de douleurs au genou gauche. L'intimée ne peut pas non plus se prévaloir du fait qu'aucun médecin n'a établi de lien de causalité entre les troubles du genou postérieurs au 8 septembre 2010 dans la mesure où elle n'a pas interrogé les médecins traitants sur ce point - alors qu'il lui appartenait de le faire en vertu de son obligation d'instruire la demande d'office ancrée à l'art. 43 al. 1 première phrase LPGA (qui dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin). D'autant que le Dr O _____ semble précisément admettre l'origine accidentelle de l'atteinte puisqu'il signale dans son rapport du 23 décembre 2010 que l'incapacité de travail est consécutive à l'accident. L'intimée aurait donc dû éclaircir ce point.

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans constate que les documents médicaux à sa disposition ne suffisent pas à établir ou à exclure au degré requis de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre l'accident du 11 juillet 2010 et les troubles du genou gauche ayant persisté au-delà du 8 septembre 2010. 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 (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). 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 le principe 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, RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A 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 (cf. RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, cette deuxième solution s'impose dès lors que l'intimée n'a pas procédé aux mesures d'instruction nécessaires. Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin que celle-ci complète l'instruction en interrogeant notamment le Dr O _____ et en faisant procéder à A/1489/2012 - 12/13 - un examen approfondi du dossier par un spécialiste en chirurgie orthopédique, puis statue une nouvelle fois sur la base d'un rapport médical conforme aux réquisits jurisprudentiels en la matière.

E. 11

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1489/2012 - 13/13 - 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.