

GE_GERICHTE ATAS/274/2020 vom 6. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_274_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/274/2020 du 6 avril 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/274/2020 del 6 aprile 2020

Erwägungen

E. 22

Par écriture du 24 juin 2019, expédiée le lendemain, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il demande la prise en charge de l'intervention pratiquée en mai 2019. Il explique que l'intervention pratiquée le 22 octobre 2018 n'a pas été suffisante et qu'une seconde intervention s'est révélée nécessaire.

E. 23

Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 août 2019, a conclu au rejet du recours. L'intimée allègue avoir rendu en date du 3 janvier 2019 une décision indiquant à l'assuré que l'opération du 22 octobre 2018 avait été prise en charge à tort puisqu'elle n'avait pas porté sur le traitement de séquelles accidentelles et lui signifiant que les prestations d'assurance-accidents seraient supprimées à partir du

E. 28

février 2019, la poursuite du traitement étant, cas échéant, à charge de son assureur-maladie. Elle rappelle que cette décision n'a fait l'objet d'aucune opposition. La reprise de l'intervention du 22 octobre 2018 suite à des complications postopératoires telles qu'annoncées par le Dr H_____ a donc donné logiquement lieu à un refus de prise en charge. En effet, dans la mesure où la décision du 3 janvier 2019 entrée en force constatait que le traitement du 18 octobre 2018 n'était pas dû à l'accident, mais relevait de la maladie, la reprise de l'intervention à charge de l'assureur-accidents était exclue. 24. Dans sa réplique du 28 août 2019, le recourant a confirmé avoir bien reçu le courrier de la SUVA du 3 janvier 2019 lui indiquant qu'il était mis un terme aux prestations avec effet au 28 février 2019. Il allègue que c'est parce qu'il pensait qu'au-delà de cette date, son genou serait rétabli qu'il n'a pas interjeté recours contre cette décision. Cependant, malgré les séances de physiothérapie, son genou ne s'est pas remis et une nouvelle IRM, en avril 2019, a confirmé la nécessité d'une seconde intervention, celle-ci étant une suite de celle du 22 octobre 2018. Le recourant estime que si la SUVA a pris en charge la première opération, elle doit assumer la seconde également. 25. Dans sa duplique du 25 septembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

A/2419/2019 - 8/14 - Elle répète une fois encore que l'assuré ne s'est pas opposé à sa décision du 3 janvier 2019, laquelle mentionnait expressément que la prise en charge de l'intervention du 22 octobre 2018 relevait d'une erreur.

EN DROIT

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), 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. 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. 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). 3. 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 après cette date, le droit aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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). 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge l'opération pratiquée en mai 2019, consécutive à celle du 22 octobre 2018. 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).

A/2419/2019 - 9/14 - 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). 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 condition est réalisée 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 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. 7. 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).

A/2419/2019 - 10/14 - 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). Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139). 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 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 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

A/2419/2019 - 11/14 - 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). 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). 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). 11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 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

A/2419/2019 - 12/14 - entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été

prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 13. En l'occurrence, l'intimée n'est pas même entrée en matière sur la rechute annoncée par le recourant, qu'elle a considérée comme une « demande en révision » de sa décision du 3 janvier 2019, dont elle a argué qu'elle était entrée en force. Peu importait dès lors que, selon le Dr H_____, le déficit d'extension soit en lien avec la reconstruction du LCA, dans la mesure où cette première intervention n'avait pas porté sur une séquelle de l'accident de septembre 2018. L'intimée allègue avoir rendu en date du 3 janvier 2019 une décision indiquant à l'assuré que l'opération du 22 octobre 2018 avait été prise en charge à tort puisqu'elle n'avait pas porté sur le traitement de séquelles accidentelles. La Cour de céans constate cependant que les faits ne sont pas aussi clairs que le laisse entendre l'intimée. En effet, à aucun moment dans sa décision du 3 janvier 2019, la SUVA n'indique avoir pris en charge l'intervention par erreur. Elle ne fait qu'évoquer le fait que, selon son médecin d'arrondissement, l'opération du 22 octobre 2018 n'aurait pas porté sur le traitement des séquelles de l'accident, sans en tirer aucune conclusion. Au contraire, non seulement elle prend en charge les frais de l'intervention en question, mais accepte au surplus de verser des prestations durant la période de convalescence, évaluée à seize semaines, c'est-à-dire jusqu'au 28 février 2019. Pas un instant, elle n'indique avoir fait une erreur et renoncer à y remédier par exemple. Dans ces conditions, on peut difficilement reprocher au recourant de n'avoir pas interjeté recours contre une décision qui lui donnait entièrement satisfaction. On ajoutera que l'intimée ne peut ainsi pas invoquer l'autorité de chose jugée d'une décision dont - au demeurant - le dispositif implicite reconnaissait à l'assuré le droit aux prestations qu'il réclamait pour refuser aujourd'hui d'examiner l'éventualité d'une rechute.

A/2419/2019 - 13/14 - C'est le lieu de rappeler qu'il n'y a autorité de chose jugée que lorsque la prétention litigieuse est identique à celle qui a déjà fait l'objet d'un jugement passé en force (identité de l'objet du litige), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. Tel est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur la même cause juridique et sur les mêmes faits (ATF 125 III 241 consid. 1 p. 242; 123 III 16 consid. 2a p. 18; 121 III 474 consid. 4a p. 477; cf. également ATF 128 III 284 consid. 3b p. 286). L'identité des prétentions s'entend au sens matériel, et non grammatical; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant, que les conclusions soient formulées de manière identique dans les deux procès. Le Tribunal fédéral a admis que, même si elle s'en écarte par son intitulé, une nouvelle conclusion aura un objet identique à celle déjà jugée, si elle était déjà contenue dans celle-ci, si elle est simplement son contraire ou si elle ne se pose qu'à titre préjudiciel, alors que, dans le premier procès, elle se posait à titre principal (ATF 123 III 16 consid. 2a p. 18; 121 III 474 consid. 4a p. 477). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 116 II 738 consid. 2b et 3 p. 744). Qui plus est, en principe, seul le dispositif d'une décision est revêtu de l'autorité de chose jugée ; à moins que le dispositif ne se réfère expressément aux considérants, ceux-ci n'acquièrent pas eux-mêmes la force matérielle. En l'occurrence, la décision du 3 janvier 2019 ne comporte pas formellement de dispositif, mais implicitement, comme déjà dit, celui-ci confirme la prise en charge de l'intervention pratiquée en octobre 2018 et de la période de convalescence encore en cours et ce, jusqu'au 28 février 2019. Là

encore, l'intimée ne saurait donc en tirer argument pour refuser d'entrer en matière sur la rechute annoncée, au simple motif qu'elle a évoqué en passant, dans les considérants, l'opinion dissidente de son médecin d'arrondissement, qu'elle n'a finalement pas suivie. Eu égard aux considérations qui précèdent, l'intimée ne pouvait invoquer sa décision de janvier 2019 et faire l'économie de l'examen au fond de la rechute annoncée par l'assuré. En ce sens, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction et nouvelle décision.

A/2419/2019 - 14/14 -

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.