

GE_GERICHTE ATAS/305/2022 vom 28. März 2022

GE Cour de justice, 2022-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_305_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/305/2022 du 28 mars 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/305/2022 del 28 marzo 2022

Erwägungen

E. 1.1

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,

A/3036/2021 - 6/12 - 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. 1.2

Le recours, interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 2

Le recours porte sur le droit de la recourante à des prestations d'accident à la suite de l'événement du 17 décembre 2020.

E. 3.1

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).

E. 3.2

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

E. 3.2.1

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée,

l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1). Dans le cadre de cette preuve libératoire, la question de savoir s'il y a eu un événement initial reconnaissable et identifiable est déterminante pour délimiter les obligations respectives de l'assureur-accidents et de l'assureur-maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.6). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (ATF 146 V 51 consid. A/3036/2021 - 7/12 - 5.1 et 8.5). Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

E. 3.2.2

Le Tribunal fédéral ne donne pas d'indications concrètes sur la nature d'un événement initial reconnaissable mais souligne l'importance et la nécessité d'un point de rattachement temporel pour la prise en charge d'un cas par l'assurance-accidents. On relèvera toutefois que dans un arrêt du 30 octobre 2019 (8C_267/2019), il a admis l'existence d'un événement initial reconnaissable et identifiable, en tant que cause potentielle d'une lésion du ménisque, dans le cas d'une assurée qui a sauté pour attraper un ballon lors d'un entraînement sportif puis a entendu un craquement au niveau de son genou gauche en atterrissant (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020, p. 36).

E. 3.3

; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2015 du 10 juillet 2015 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_721/2014 du 27 avril 2015 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2014 du 1er avril 2015 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2013 du 15 janvier 2014 consid. 6.1).

E. 4.1

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).

E. 4.2

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. À cet égard, il importe que les

A/3036/2021 - 8/12 - 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). 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).

E. 4.3

Il faut distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaires sur la base de l'art. 61 let. c LPGA (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative), et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, comme les médecins-conseils, ou réalisé sur commande de l'assuré (expertise de partie). S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur bien- fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance, dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), au sens qu'une tel rapport médical peut surtout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Ainsi, lorsqu'une décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise administrative ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF, 8C_510/2020, du 15 avril 2021 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid.

E. 5.1

En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimée a refusé d'allouer des prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, suite à l'événement du 17

A/3036/2021 - 9/12 - décembre 2020. Elle a conclu, en se référant aux avis du Dr G_____, que la rupture du ménisque était provoquée par une chondropathie au niveau fémoral et par un ménisque dégénératif en voie d'extrusion. L'IRM du 12 février 2021 du Dr E_____ montrait une lésion complexe du ménisque interne, qui était un cas de lésion dégénérative. Ces lésions de chondrite de grade 1 pour le cartilage fémoral et les lésions de chondrite de grade 2 pour le cartilage tibial témoignaient de lésions dégénératives avancées du cartilage qui avaient provoqué les lésions méniscales par usure et frottement. De plus, le genou gauche présentait des lésions dégénératives avancées, ce qui était un argument de plus pour retenir une lésion dégénérative du ménisque interne du genou droit. La déchirure du ménisque était ainsi due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à la maladie et à l'usure.

E. 5.2

La recourante estime que l'intimée n'a pas apporté la preuve libératoire puisque les rapport et appréciations du Dr G_____ ne sont pas probants. Les avis des Drs F_____ et H_____ remettaient en cause les propos du Dr G_____ puisqu'ils concluaient à une lésion traumatique due à l'événement du 17 décembre 2020. L'arthroscopie avait montré des lésions radiaires et des chondrites de grade I et II qui n'étaient pas des atteintes dégénératives avancées. Elle a sollicité une expertise judiciaire.

E. 6

L'événement du 17 décembre 2020 qui a conduit à la lésion méniscale du genou droit de la recourante ne remplit pas les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce qui est admis par les parties. Il convient en conséquence d'analyser si la lésion en cause relève d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

E. 6.1

A cet égard, l'intimée s'est fondée sur les avis de ses propres médecins-conseils pour rendre la décision litigieuse, soit des opinions médicales d'assurance, et non des expertises administratives au sens de l'art. 44 LPGA. Or, le Dr G_____, qui ne se prononce pas sur l'arthroscopie au genou droit de la recourante effectuée le 2 avril 2021 a pris des conclusions qui sont mises en doute de façon convaincante par les rapports des Drs F_____ et H_____. Selon ces derniers, l'arthroscopie et l'IRM montrent une lésion radiaire et très peu d'atteintes dégénératives, alors que le médecin-conseil de l'assurance a posé le diagnostic d'une lésion complexe, donc dégénérative, en se basant notamment sur cette IRM. Les différentes appréciations médicales et documents médicaux déposés au dossier ne permettent pas d'établir si la lésion méniscale du genou droit de la recourante est d'origine traumatique et donc à charge de l'intimée, ou si elle est due, de manière prépondérante, à une dégénérescence. Cela est d'autant plus vrai qu'il existe un événement initial reconnaissable à l'origine des douleurs évoquées par la recourante, soit un démarrage de course à pied le 17 décembre 2020, et que, conformément à la jurisprudence précitée (ATF 146 V 51), cet événement ne permet pas d'exclure d'emblée la présence d'une lésion traumatique, ce d'autant que le Tribunal fédéral a considéré qu'un mouvement de « stop and go » effectué

A/3036/2021 - 10/12 - par un assuré au badminton n'était pas un événement tout à fait secondaire ou anodin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022). Il existe donc une controverse médicale décisive pour répondre à la question litigieuse, qui exclut que la cause puisse être tranchée sur la seule base d'opinions médicales internes à une assurance ou réalisées à la requête de la recourante. L'origine de la lésion, qui est l'élément central, n'a pas été suffisamment investiguée. Ainsi, une expertise s'impose, qu'il incombe à l'intimée de mettre en œuvre. A cet égard en effet, 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 même faibles 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. 4.6 et 4.7; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). En outre, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'absence de faits déterminants et d'administrer les preuves récoltées, de sorte qu'il est justifié de lui renvoyer la cause pour mettre en œuvre une expertise (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022). Par ailleurs, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il conviendra de désigner un expert de façon consensuelle.

E. 7

La recourante requiert le remboursement des factures du Dr H_____, soit trois factures de respectivement CHF 275.-, CHF 450.- et CHF 250.-, pour un total de CHF 975.-. A cet égard, en vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; arrêt I 1008/06 du 24 avril 2007 consid. 3.1 ; arrêt 9C_136/2012 du 20 août 2012). En l'occurrence, les avis médicaux du Dr H_____, qui mettent sérieusement en doute l'appréciation des médecins conseils de l'intimée, sont déterminants. En conséquence, l'intimée sera condamnée à prendre en charge les factures précitées.

E. 8

Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 23 juillet 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. L'intimé sera condamné à prendre en charge les factures du Dr H_____, pour un montant total de CHF 975.-

A/3036/2021 - 11/12 - La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et art. 61 let. a LPGA).

A/3036/2021 - 12/12 - 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.