

GE_GERICHTE ATAS/317/2026 vom 14. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_317_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/317/2026 du 14 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/317/2026 del 14 aprile 2026

Erwägungen

E. 28

février 2025, à teneur de laquelle l'appréciation du Dr C_____ du 5 avril 2002 lui semblait faible. Une arthrite septique spontanée chez une personne jeune sans risque (sans immunodéficiência) était très rare. S'il y avait des antécédents d'une plaie intra-articulaire et d'un lavage, la raison de l'arthrite septique était bien mieux justifiée par l'antécédent que par une infection spontanée. Le rapport du médecin-conseil du 7 août 2024 montrait un lien de causalité prépondérante du lavage articulaire le 11 décembre 2001 avec la plaie profonde intra-articulaire para-rotulienne du genou droit et la révision avec lavage articulaire le 2 mai 2001. Les avis des Drs H_____ et I_____ étaient justifiés. f. Le 14 mai 2025, l'assuré a persisté dans ses conclusions, conclu à la production de la police et des conditions d'assurance par l'assurance et prié la chambre de céans de dénoncer l'instance auprès d'HELSENA ACCIDENTS SA (ci-après : la dénoncée), en tant que repreneuse des affaires de l'assurance-accidents. Le dernier rapport du médecin-conseil n'apportait que de vagues spéculations et n'atteignait pas le degré de la contre-preuve stricte requis. g. Le 2 juin 2025, l'assurance s'est opposée à la dénonciation d'instance. h. Par ordonnance du 27 juin 2025, la chambre de céans a dénoncé l'instance à la dénoncée et lui a imparti un délai au 14 juillet 2025 pour indiquer quelle suite elle souhaitait donner à la dénonciation d'instance. i. Le 9 juillet 2024, la dénoncée a refusé d'intervenir et n'a pas donné suite à la dénonciation d'instance.

A/2117/2024 - 7/25 - j. Par ordonnance du 20 août 2025, la chambre de céans a ordonné l'interrogatoire des parties, soit de l'assuré, et l'audition du Dr B_____. k. Le 3 novembre 2025 a eu lieu une audience des débats d'instruction et des débats principaux, soit des premières plaidoiries, d'interrogatoire de l'assuré et d'audition du Dr B_____, lors de laquelle les parties ont chacune persisté dans leurs conclusions et ont convenu de procéder aux plaidoiries finales par écrit. L'assuré a expliqué que la Dre F_____ était une médecin qui l'avait suivi pour une autre affection de santé et non pour son genou, soit une intervention pour enlever un kyste. Après avoir vu la Dre F_____, son genou avait lâché et il avait consulté le Dr B_____. Entendu en qualité de témoin, le Dr B_____ a confirmé suivre l'assuré depuis le 2 mai 2001 à la suite de son accident et a expliqué le déroulement de celui-ci et des interventions subies. Le remplacement d'insert en 2022 était directement dû à l'usure de la prothèse. La plupart des prothèses tenaient et il était rare de devoir procéder à un tel changement. La nécessité de ce changement était due au fait que l'assuré était jeune et costaud, ce qui signifiait une usure plus rapide de la prothèse. La mise en place initiale de la prothèse du genou était due à l'arthrose du genou, elle-même due à l'accident. Il était évident qu'un germe avait pénétré dans la plaie, même si les analyses n'en avaient pas mis en évidence. Lorsqu'« il neige[ait] » du cartilage dans un genou et que cela concernait tout le cartilage, ça ne pouvait être qu'un germe. Une maladie concernait des cas

d'usures locales qui se développaient sur une longue période. Lorsqu'il y avait un fragment de cartilage, c'était dû à un accident. C'était encore plus évident en cas de destruction rapide de tout le cartilage. Cela ne pouvait pas être une mono-arthrite d'étiologie indéterminée ou une chondrite d'origine dégénérative comme le retenait le Dr C_____. Jusque-là, son patient n'avait pas de problème. Il était invraisemblable qu'une chondrite dégénérative touche les trois compartiments en même temps et cela ne pouvait pas être une lésion dégénérative, car le cartilage s'était désintégré en quelques mois. Une lésion dégénérative était provoquée par l'usure sur la surface de contact. Dans le cas de l'assuré, ce n'était pas la surface de contact qui était touchée, c'était « comme une tapisserie qui tomb[ait] en lambeaux ». Il n'y avait pas d'autres possibilités qu'un germe qui avait pénétré dans la plaie lors de l'accident. Il était absolument formel. l. Par ordonnance du 12 janvier 2026, la chambre de céans a renoncé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, a constaté que toutes les autres preuves avaient été administrées et a, partant, déclaré l'instruction clause. m. Dans leurs plaidoiries finales écrites du 2 mars 2026, les parties ont chacune persisté dans leurs conclusions. L'assuré a souligné que la demande reconventionnelle de l'assurance n'était pas motivée. La position de cette dernière reposait sur l'avis du Dr J_____, qui reposait sur un raisonnement post hoc, ergo propter hoc, prohibé pour admettre

A/2117/2024 - 8/25 - l'existence d'un accident au sens de la LAA. La position de l'assuré reposait sur la décision motivée et entrée en force de l'assurance-accidents, fondée sur le rapport d'expertise du Dr C_____, rendue après une anamnèse détaillée, la prise en compte des plaintes et une appréciation du dossier et qui concluait à la rupture du lien de causalité naturelle entre l'accident de 2001 et une éventuelle incapacité de travail après trois mois. Le Dr B_____ procédait également à un raisonnement post hoc, ergo propter hoc en considérant comme surprenant que l'arthrose soit d'origine malade et cherchant une autre explication. Un tel raisonnement n'était pas de nature à démontrer, au niveau de la preuve stricte, que l'arthrose présente chez l'assuré, qui avait causé la pose de la prothèse dont le changement avait causé l'incapacité de travail litigieuse, était de nature accidentelle. L'assurance n'avait pas été en mesure de prouver qu'elle était en droit de mettre fin aux prestations. S'il devait être retenu que l'avis du Dr B_____ (seul étayé au dossier) était de nature à remettre en cause l'avis du Dr C_____, il aurait convenu de constater que les avis médicaux divergeaient et mettre en place une nouvelle expertise. Par surabondance, le rapport de causalité adéquate devait également être nié. Les ruptures de prothèse n'étaient en tant que telles par assimilables à un accident, se produisant à l'intérieur d'un corps humain et ne présentant pas de caractère extraordinaire. Selon l'appréciation du Dr B_____, la rupture d'insert était le résultat d'une cause interne au demandeur, soit le fait qu'il soit jeune et costaud et n'ait pas eu de chance, ce qui ne constituait de toute évidence pas un accident au sens de la LAA. Même si l'accident était la cause de la pose de la prothèse, son usure rapide et la nécessité de remplacement ne résultait pas d'un enchaînement d'événements qui pouvait être lié adéquatement par un rapport de causalité. Eu égard à la décision de l'assurance-accidents, le rejet de sa demande serait choquant et contraire au principe de couverture universelle par la sécurité sociale. L'assurance a rappelé que l'ensemble des médecins qui étaient intervenus dans le dossier avait retenu un lien de causalité prépondérant avec l'accident de 2001, à l'exception peut-être du Dr C_____, dont les conclusions, insuffisamment étayées, avaient été battues en brèche par les Drs J_____ et B_____. Les décisions de l'assureur social ne liaient pas l'assureur privé. En tout état, l'arrêt à rendre constituerait un fait nouveau opposable à l'assureur social, fondant

une demande de réexamen. n. Par écriture spontanée du 11 mars 2026, l'assuré a relevé que, contrairement à ce que soutenait l'assurance, en cas de rejet de sa demande, il se verrait nier toute indemnisation, l'assurance-accidents ayant refusé d'entrer en matière après l'annonce de la rechute à celle-ci et la révision étant soumise à un délai absolu de dix ans, largement écoulé depuis la décision notifiée le 25 novembre 2002. o. Le 23 mars 2026, l'assurance a souligné que la demande de réexamen n'était pas soumise à des exigences de délai ou de forme, de sorte que la décision LAA

A/2117/2024 - 9/25 - pouvait faire l'objet d'un réexamen. Les éventuelles lacunes ou erreurs de l'assureur social ne pouvaient être mises à la charge de l'assurance privée.

EN DROIT

1. 1.1 Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c 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 relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1). Selon les CG, le contrat est régi par la LCA (art. 28). La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Selon l'art. 31 CPC, le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. Sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (art. 17 al. 1 CPC). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (art. 17 al. 2 CPC). Aux termes de l'art. 18 CPC, sauf disposition contraire de la loi, le tribunal saisi est compétent lorsque le défendeur procède sans faire de réserve sur la compétence. En l'occurrence, l'art. 29 CG prévoit que l'assurance peut être poursuivie, par le preneur d'assurance et la personne assurée, à son siège et, par les employés assurés disposant d'un droit d'action direct envers l'assurance, soit au siège de cette dernière, soit à leur lieu de travail en Suisse. La défenderesse a son siège dans le canton de Zurich. Par ailleurs, selon le contrat de travail conclu entre le demandeur et son ancienne employeuse, le lieu principal de travail de ce dernier était à Gland, dans le canton de Vaud, et le lieu secondaire à Carouge, dans le canton de Genève. Il n'est cependant pas nécessaire d'examiner si le lieu secondaire de travail suffit à créer un for à Genève au sens des CG, puisque, même si tel ne devait pas être le

A/2117/2024 - 10/25 - cas, la défenderesse n'a pas soulevé d'exception d'incompétence et a procédé sur le fond sans réserve, ayant de ce fait tacitement accepté le for à Genève. La chambre de céans est par conséquent également compétente à raison du lieu pour connaître de la demande. 1.3 Selon la jurisprudence, les litiges que les cantons ont décidé de soumettre à une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/889/2024 du 15 novembre 2024 consid. 1.3). Cette jurisprudence a été codifiée au

1er janvier 2025, l'art. 198 let. f CPC (applicable également aux procédures en cours lors de son entrée en vigueur ; art. 407f CPC) prévoyant désormais expressément que la procédure de conciliation n'a pas lieu dans les litiges qui sont de la compétence d'une instance cantonale unique en vertu de l'art. 7 CPC. Le présent litige relevant des art. 7 CPC et 134 al. 1 let. c LOJ, il n'était pas soumis à conciliation. 1.4 Pour le reste, la demande respecte les conditions formelles prescrites par les art. 130 et 244 CPC, ainsi que les autres conditions de recevabilité prévues par l'art. 59 CPC. Elle est donc recevable. 2. 2.1 S'agissant de la demande reconventionnelle, en vertu de l'art. 14 al. 1 CPC, une telle demande peut être formée au for de l'action principale lorsqu'elle est dans une relation de connexité avec la demande principale. 2.2 En l'espèce, la demande reconventionnelle se trouve dans un rapport de connexité avec la demande principale, étant donné qu'elle porte sur la restitution des indemnités journalières que l'assurance estime avoir versées à tort du fait que l'incapacité de travail du demandeur s'inscrirait dans la suite de l'accident de mai 2001, la question posée par la demande reconventionnelle étant donc la même que celle posée par la demande. La chambre de céans est donc également compétente, à raison du lieu tout comme de la matière, pour connaître de la demande reconventionnelle. 2.3 Par ailleurs, si le demandeur a reproché à la défenderesse de ne pas avoir motivé la demande reconventionnelle, il convient de constater que, s'agissant de procédure simplifiée, la demande reconventionnelle, tout comme la demande, n'a pas à être motivée (art. 244 al 2 CPC), et que la motivation repose néanmoins dans le cas d'espèce sur les mêmes faits que ceux relatifs à la demande principale. La demande reconventionnelle est partant recevable. 3. Le litige porte sur le droit du demandeur aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain pour la période du 2 août 2022 au 31 août 2023, soit sur l'existence d'un droit de ce dernier au versement des indemnités journalières non encore versées du 1er octobre 2022 au 31 août 2023 ou l'existence d'un droit de la

A/2117/2024 - 11/25 - défenderesse au remboursement des indemnités journalières versées du 2 août au

E. 30

septembre 2022, il convient de constater que le demandeur s'est retrouvé en état d'incapacité totale de travailler en vertu du certificat médical de la Dre F_____, du 30 juillet au 14 août 2022. Dans son acte de recours, le demandeur a allégué que cet arrêt de travail était dû à un kyste qui avait dû lui être retiré, de sorte qu'il s'agissait d'une autre problématique de santé que celle relative à son genou. Il a confirmé ces éléments lors de son interrogatoire devant la chambre de céans, la Dre F_____ étant la médecin l'ayant suivi pour l'enlèvement de son kyste. Dans sa réponse et demande reconventionnelle, la défenderesse a contesté l'allégué du recours du demandeur relatif à cet élément. Elle n'a cependant apporté aucune preuve à l'appui de sa contestation au cours de la procédure, étant relevé que la Dre F_____ figurait dans la déclaration de sinistre comme médecin ayant dispensé les premiers soins. Au vu de ce qui précède, le demandeur a apporté la preuve que l'incapacité de travail du 30 juillet au 14 août 2022 était due à l'enlèvement d'un kyste, soit à une maladie, sans que la défenderesse, qui allègue que l'entier des indemnités journalières relèvent de l'accident n'apporte de preuve du contraire. Ce fait doit dès lors être considéré comme établi et l'argumentation de la défenderesse doit pour cette période être écartée. La demande reconventionnelle de la défenderesse sera par conséquent rejetée en tant qu'elle porte sur les indemnités journalières du 2 au 14 août 2022. 9.3.2 S'agissant de l'incapacité de travail du 10 août 2022 au 31 août 2023 et donc des indemnités journalières du 15 août

2022 au 31 août 2023, le demandeur affirme qu'elle serait due à la maladie, se fondant sur les certificats d'incapacité de travail et les rapports du Dr B_____, ainsi que le rapport du Dr C_____ du 5 avril 2002. S'agissant de ce dernier rapport, il conclut au statu quo sine atteint à 3 mois après l'accident et que dès ce moment-là, les plaintes ne relèvent plus de A/2117/2024 - 18/25 - l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie. Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport. Il a été rédigé sur demande de l'assurance-accidents qui a pris en charge en 2001 les suites de l'accident du 2 mai 2001. Dans sa décision du 25 novembre 2002, l'assurance-accidents qualifie ce rapport comme s'inscrivant dans le cadre d'une expertise. Il ressort du rapport uniquement qu'il s'agit d'un mandat pour un second avis médical. Le premier avis médical n'a pas été versé au dossier et le contenu de celui-ci, y compris ses conclusions, est donc inconnu. Il ressort du rapport que le Dr C_____ a vu l'assuré et effectué un bilan radiologique le 19 février 2002, le rapport datant du 5 avril suivant. Il s'agit donc d'un rapport rédigé après la première arthroscopie (du 11 décembre 2001), mais avant la deuxième (du 16 juillet 2022) et avant l'installation de toute prothèse (celle du genou ayant été installée le 8 juillet 2003 et celle de la rotule le 9 novembre 2004). Ce rapport ne précise pas quel était le dossier en possession du Dr C_____ pour se prononcer. Il contient une anamnèse, soit une brève anamnèse, une brève anamnèse socio-professionnelle et anamnèse actuelle, dans laquelle le médecin indique notamment l'existence de deux médications, dont une dont l'assuré ne se souvenait plus du nom. Il récapitule par ailleurs les plaintes du patient. Au status, il décrit un jeune homme de 25 ans, en bon état général, grand, mince, musclé, étant relevé que ce dernier élément apparaît contraire aux indications du Dr B_____, qui a souligné à plusieurs reprises lors de son audition par la chambre de céans la problématique du poids du demandeur, qui a été un élément défavorable dans le cadre du traitement de son genou. Ce dernier a ainsi notamment souligné qu'en octobre 2002 – soit juste quelques mois après l'examen par le Dr C_____ –, avant l'installation de la prothèse, il avait été décidé d'opter pour une perte de poids, afin de décharger le genou affecté et repousser la pose d'une prothèse. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr C_____ souligne qu'il s'agit d'une « chondrolyse massive inhabituelle chez un jeune homme de 24 ans » et indique qu'il convient de poser une étiologie à celle-ci. Il précise cependant ensuite immédiatement qu'« on peut retenir un diagnostic de chondrolyse d'étiologie indéterminée en tant que maladie idiopathique du cartilage présente et asymptomatique avant l'événement du 1er mai 2001. Une mono-arthrite réactionnelle, en particulier dans le cadre d'une maladie sexuellement transmissible (Chlamydia, gonorrhée), ou d'une maladie de Lyme. ». Il préconise alors de compléter le bilan par des sérologies complémentaires. Ainsi, tout en soulignant que le cas est inhabituel, qu'il convient de poser une étiologie et que des examens complémentaires sont nécessaires, il retient ensuite néanmoins une mono-arthrite d'étiologie indéterminée ou une chondrite d'origine dégénérative, ce qui apparaît contradictoire. Par ailleurs, s'agissant de l'arthrite bactérienne à bas bruit, le Dr C_____ indique qu'elle est très peu probable en raison de la destruction cartilagineuse rapide, de

A/2117/2024 - 19/25 - l'absence de syndrome biologique inflammatoire et d'une résonance magnétique couplée à une injection de gadolinium peu spécifique pour une ostéo-arthrite, mais qu'elle ne peut être exclue que par biopsie et culture de la synoviale et de l'os, réserve qu'il reprend ensuite en indiquant que seule la preuve d'une infection bactérienne pourrait entraîner une relation de causalité probable avec l'accident de mai 2001 et que, sous réserve de la mise en évidence dans les conditions précitées d'un germe

d'origine cutanée dans le genou droit de l'assuré, on pouvait dire que le statu quo sine avait été atteint trois mois après l'accident, et que les plaintes dès lors ne relevaient plus de l'assureur LAA mais de l'assureur maladie. Par conséquent, s'agissant de l'appréciation du cas, le Dr C _____ a formulé des conclusions reposant sur des contradictions et réserves et se basant sur l'absence d'analyses qu'il préconisait pourtant. Il a par ailleurs privilégié l'origine malade alors même qu'il avait qualifié la chondrolyse massive d'inhabituelle et qu'il n'avait pas posé l'étiologie que lui-même avait indiqué qu'il convenait de poser, sans expliquer pourquoi une maladie inhabituelle et sans étiologie identifiée serait plus probable qu'une infection bactérienne à bas bruit, qualifiée de peu probable mais qu'il ne pouvait selon sa propre appréciation pas lui-même exclure et qu'il réservait même dans sa conclusion. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, le rapport du Dr C _____ ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante et ses conclusions ne peuvent être suivies. S'agissant des certificats médicaux et rapports du Dr B _____ également invoqués par le demandeur, les premiers indiquent effectivement comme motif de l'incapacité de travail la maladie. Le rapport du 30 janvier 2024 précise par ailleurs que le cas est passé en maladie à partir du 17 septembre 2002 et que toutes les suites concernant le genou droit avaient définitivement été attribuées à la maladie, avec tout ce qui s'en était suivi comme intervention de mise en place de prothèse et de reprise de prothèse à distance. En outre, le rapport du 9 juillet 2003 indique comme diagnostic une gonarthrose tri-compartimentale post-arthrite infectieuse sans germe post traumatique. Ces éléments peuvent ainsi donner à penser que le médecin traitant du recourant est d'avis que le remplacement d'insert, toute comme la mise en place initiale de la prothèse, s'inscrit dans le cadre d'une maladie et non d'un accident. Tel n'est cependant pas le cas, le demandeur n'ayant d'ailleurs plus invoqué ces éléments à l'appui de sa position dans ses plaidoiries finales. En effet, entendu comme témoin par la chambre de céans, le Dr B _____, après avoir détaillé le suivi de son patient depuis 2001 et expliqué à chaque étape les plaintes et constats effectués ainsi que les traitements et interventions subis, a formellement exclu toute origine malade des problèmes de santé au genou droit du demandeur, indiqué être absolument certain que ceux-ci étaient dus à l'accident du 2 mai 2001 et déclaré que la désignation comme maladie par l'assurance-accidents n'avait pour lui qu'un impact administratif, lui permettant

A/2117/2024 - 20/25 - de savoir à qui adresser ses factures. Il a expliqué que le changement d'insert subi en août 2022 était directement dû à l'usure de la prothèse et que la mise en place initiale de la prothèse était elle-même due à l'accident. Le Dr B _____ a été « absolument formel » : les problèmes de santé au genou droit du demandeur ont pour cause l'accident du 2 mai 2001 et toute autre possibilité que celle d'un germe ayant pénétré dans la plaie lors de celui-ci est exclue. Il a expliqué que ce n'était pas parce que les cultures n'avaient mis en évidence aucun germe – ce que dénotait le diagnostic dans le rapport du 9 juillet 2003 en retenant « sans germe post traumatique » – qu'il n'y en avait aucun, relevant qu'il y avait le staphylocoque epidermidis mais qu'il y avait aussi d'autres germes. Le Dr B _____ a ensuite expliqué de manière détaillée pourquoi une origine malade était exclue : une maladie concernait des cas d'usures locales se développant sur une longue période ; lorsqu'il y avait un fragment de cartilage, c'était dû à un accident et, dans le cas du demandeur, c'était encore plus évident car il s'agissait d'un cas de destruction rapide, en quelques mois, de tout le cartilage, touchant non pas une surface de contact mais les trois compartiments ; il n'y avait pas d'autres possibilités qu'un germe ayant pénétré dans la plaie lors de l'accident. Il a par ailleurs également expliqué de manière motivée pourquoi

les conclusions du Dr C _____ ne pouvaient être suivies, excluant les diagnostics de mono-arthrite d'étiologie indéterminée et de chondrite dégénérative, soulignant qu'il était invraisemblable qu'une chondrite dégénérative touche les trois compartiments en même temps et que la désintégration de tout le cartilage en quelques mois « comme une tapisserie qui tombe en lambeaux » ne correspondait pas à l'usure de la surface de contact ni ainsi à une lésion dégénérative. Ainsi, le Dr B _____, qui est le médecin traitant du demandeur depuis l'accident, soit le médecin qui a pratiqué les différentes interventions subies par ce dernier et effectué le suivi médical depuis plus de 20 ans, et qui, a en tant que tel, une relation privilégiée avec son patient et une connaissance approfondie de la globalité de la situation médicale de ce dernier en relation avec son genou droit, a un avis contraire à l'avis que lui imputait le demandeur dans ses allégations et attribue la mise en place de la prothèse du genou, et par conséquent le changement d'insert, à l'accident de mai 2001. S'agissant des certificats médicaux et rapports au dossier mentionnant la maladie comme cause de l'incapacité de travail du demandeur, il n'indiquent pas de contradiction dans l'appréciation du Dr B _____. En effet, ce dernier a expliqué lors de l'audience que le diagnostic retenant l'absence de germe post-traumatique retenu dans son rapport du 9 juillet 2003 signifiait uniquement que les analyses n'avaient pas mis en évidence de germe et que l'indication de maladie dans ces pièces concernait uniquement pour lui le volet administratif, déterminant à quelle assurance il devait envoyer les factures.

A/2117/2024 - 21/25 - Au regard de ce qui précède, l'avis du Dr B _____, qui repose sur une connaissance optimale du dossier et dont la motivation est détaillée et fouillée, doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Le demandeur remet néanmoins en cause l'avis du Dr B _____ en affirmant qu'il aurait procédé à un raisonnement post hoc, ergo propter hoc. Il ressort néanmoins des éléments susmentionnés que le Dr B _____ n'a pas simplement conclu que la prothèse avait dû être installée après l'accident pour aboutir à la conclusion que son implantation était due à l'accident. Il a au contraire examiné la situation médicale ayant conduit à l'installation de la prothèse et en a recherché la cause, excluant de manière motivée une cause malade et expliquant de manière précise et détaillée pourquoi il était certain que la gonarthrose tri-compartimentale qui avait conduit à la pose de la prothèse était due à un germe ayant pénétré dans la plaie lors de l'accident. La défenderesse se prévaut également des rapports de ses médecins-conseils, les Drs H _____, I _____ et J _____, qui, bien que moins voire pas motivés et reposant sur un examen plus sommaire du dossier, vont dans le même sens que le Dr B _____. En particulier, le Dr J _____ a retenu, dans son rapport du 7 août 2024, que la gonarthrose avancée chez un homme de 23 ans ne pouvait qu'être expliquée par l'infection intra-articulaire en conséquence de l'accident du 2001, de sorte que l'incapacité de travail depuis le 30 juillet 2022 devait être considérée comme une rechute de l'accident de 2001. Il a néanmoins relevé qu'il n'avait pas au dossier l'argumentation de l'assurance-accidents pour refuser ses prestations depuis le 17 septembre 2002. Après connaissance de ladite argumentation, soit de la position du Dr C _____, le Dr J _____ a confirmé sa position le 28 février 2025, retenant, tout comme le Dr B _____, que l'argumentation de celui-là semblait faible, soulignant qu'une arthrite septique spontanée chez une personne sans risque était très rare et qu'en présence d'antécédents d'une plaie intra-articulaire et d'un lavage, le risque de l'arthrite septique était bien mieux justifié par l'antécédent que par une infection spontanée. Il y avait donc un lien de causalité avec la plaie profonde intra-articulaire para-rotulienne interne du genou droit et la révision avec lavage articulaire le 2 mai 2001. Au regard de l'ensemble des éléments qui précèdent, il doit être retenu comme établi, au niveau de la vraisemblance

prépondérante – la preuve stricte n'étant pas requise contrairement à ce qu'affirme le demandeur, puisqu'il s'agit d'examiner la causalité naturelle –, que la pose de la prothèse, en 2003, était due à l'accident de 2001, le lien de causalité naturelle devant être admis, tout comme d'ailleurs la causalité adéquate. Il en va de même pour le changement d'insert en 2022, qui constitue une rechute et qui n'aurait pas été nécessaire sans l'installation de la prothèse due à l'accident, la causalité naturelle devant dès lors également être admise. Le demandeur affirme toutefois que la causalité adéquate devrait être niée, soulignant que les ruptures de prothèses ne constituaient pas des accidents, que le

A/2117/2024 - 22/25 - changement d'insert résultait du fait qu'il était jeune et costaud et d'une certaine malchance et que, dès lors, son usure rapide et la nécessité de son remplacement ne résultaient pas d'un enchaînement d'événements que l'on pouvait lier adéquatement par un rapport de causalité. Néanmoins, le Dr B_____ a expressément indiqué que les médecins n'aiment pas installer des prothèses chez les patients jeunes et qu'il arrivait que même chez des patients jeunes, il n'y ait pas besoin de changer d'insert, ce qui suppose que cela arrive aussi qu'il y ait besoin de les changer. Il ne s'agit donc pas d'une complication la plus rare ou la plus grave qui ne se produit pas habituellement selon l'expérience médicale, cas dans lequel le rapport de causalité est au demeurant également rempli conformément à la jurisprudence. Dès lors, le changement d'insert se trouve également en lien de causalité adéquate avec l'installation de la prothèse et l'accident de 2001. Dans ces circonstances, l'incapacité de travail du demandeur du 10 août 2022 au

E. 31

août 2023 est due à un accident, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une incapacité de travail couverte par la police d'assurance. Partant, les prestations n'étaient pas dues. 10. 10.1 Le demandeur affirme toutefois que cette conclusion serait contraire, d'une part, à la sécurité du droit, au regard de la décision de l'assurance-accidents du 25 novembre 2002, entrée en force depuis plus de 20 ans, et, d'autre part, à l'art. 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1996 (Pacte I -RS 0.103.1), qui prévoit que les États parties au Pacte I reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales. 10.2 Cependant, la décision de l'assurances-accident du 25 novembre 2002 est une décision rendue en matière de LAA par un assureur social en application de la LPGA, qui ne peut lier la défenderesse, assurance privée qui doit fournir des prestations en fonction du contrat soumis à la LCA conclu avec l'employeuse, de sorte qu'il n'existe pas de problème de sécurité du droit. Par ailleurs, s'agissant de la disposition de droit international invoquée par le demandeur, d'une part, la présente cause ne relève pas des assurances sociales mais d'une assurance privée. D'autre part, le Pacte a été conçu dans l'ensemble comme un instrument fixant des objectifs de politique de droits de l'homme dans le domaine social, qui impose aux États des obligations de droit international de caractère « programmatoire », fixant des lignes directrices aux parties contractantes pour leur activité législative (Jeanine DE VRIES REILINGH, L'application des Pactes des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme de 1966, p. 139 et les références). Par conséquent, ni le principe de la sécurité du droit, ni le droit international invoqué par le demandeur ne permettent de renverser la conclusion qui précède, de sorte que la demande en paiement du demandeur doit être rejetée.

A/2117/2024 - 23/25 - 11. Reste à examiner la demande reconventionnelle. 11.1 Le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA (art. 100 al. 1 LCA). Celui qui, sans cause légitime, s'est enrichi aux dépens d'autrui, est

tenu à restitution (art. 62 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations - RS 220). La restitution est due, en particulier, de ce qui a été reçu sans cause valable, en vertu d'une cause qui ne s'est pas réalisée, ou d'une cause qui a cessé d'exister (art. 62 al. 2 CO). Celui qui a payé volontairement ce qu'il ne devait pas ne peut le répéter s'il ne prouve qu'il a payé en croyant, par erreur, qu'il devait ce qu'il a payé (art. 63 al. 1 CO). 11.2 En l'espèce, la défenderesse a conclu au remboursement de CHF 4'545.-, correspondant aux indemnités journalières pour la période du 2 août au 30 septembre 2022. En l'occurrence, la défenderesse a versé cette somme au demandeur conformément au décompte de prestations du 30 septembre 2022, de sorte qu'il y a appauvrissement, enrichissement et rapport de connexité entre les deux. Par ailleurs, comme vu précédemment, la condition de l'absence de cause est également réalisée mais uniquement pour les indemnités journalières du 15 août au 30 septembre 2022. Finalement, la défenderesse était dans l'erreur, puisque les éléments dénotant un lien avec l'accident de 2001 sont postérieurs audit décompte. Il convient de constater que les parties ont également prévu la restitution des prestations non dues en vertu du contrat à l'art. 18 CG, lequel prévoit que les prestations reçues qui ne sont pas dues en vertu du contrat doivent être remboursées et qui ne requiert donc pas que le versement des prestations ait eu lieu par erreur, contrairement à l'art. 63 al. 1 CO. Au vu de ce qui précède, la défenderesse a droit au remboursement des prestations versées à tort, soit des prestations versées pour la période du 15 août au 30 septembre 2022 pour un total de CHF 3'559.80 (47 jours à CHF 75.74 = CHF 3'559.78 arrondis à CHF 3'559.80). 12. La défenderesse conclut au paiement d'intérêts à 5% l'an dès le 30 septembre 2022. 12.1 Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). L'intérêt moratoire de 5% l'an (art. 104 al. 1 CO) est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation, ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid 6.1). 12.2 En l'espèce, la défenderesse a demandé pour la première fois la répétition de l'indu lors de sa demande reconventionnelle contenue dans sa réponse du

A/2117/2024 - 24/25 - 7 octobre 2024, laquelle a été transmise par la chambre de céans au demandeur par courrier du 15 octobre 2024. Les intérêts moratoires à 5% l'an sont par conséquent dus à compter du 17 octobre 2024. 13. Dans ces circonstances, la demande sera rejetée et la demande reconventionnelle sera partiellement admise. Le demandeur sera condamné à rembourser à la défenderesse la somme de CHF 3'559.80 avec intérêts à 5% l'an dès le 17 octobre 2024. 14. 14.1 Vu l'issue du litige, le demandeur, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 106 al. 1 1re phr. CPC en lien avec l'art. 95 al. 3 CPC). Par ailleurs, même si la défenderesse y a conclu, des dépens ne peuvent être mis à la charge du demandeur (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 - LaCC - E 1 05). 14.2 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC ; art. 22 al. 3 let. b LaCC).

A/2117/2024 - 25/25 - 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.