

GE_GERICHTE ATAS/321/2014 vom 18. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_321_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/321/2014 du 18 mars 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/321/2014 del 18 marzo 2014

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; RS 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 la SUVA de refuser toute prestation suite à l'accident du 3 janvier 2013, en particulier sur le lien de causalité entre l'accident du 3 janvier 2013 et les lésions du genou droit opérées le 7 mars 2013.

A/2346/2013 - 7/12 -

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 (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

a) 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. b) 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. c) 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 A/2346/2013 - 8/12 - 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). d) 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; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

E. 7

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). 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

A/2346/2013 - 9/12 - 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 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). b) 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). 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; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.).

E. 8

En l'espèce, la décision de la SUVA est fondée sur l'appréciation médicale du dossier faite le 26 avril 2013 par son médecin-conseil, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui retient que les lésions ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 3 janvier 2013. L'IRM du 10 janvier 2013 a montré une déchirure du ligament croisé antérieur, une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne associée et une minime lame d'épanchement intra-articulaire. L'arthroscopie pratiquée le 7 mars 2013 a consisté en une ménisectomie de la corne postérieure du ménisque interne, une suture de la corne postérieure du ménisque externe et une ligamentoplastie. Le Dr N_____ expose qu'en l'absence d'épanchement intra-articulaire une semaine après la chute,

A/2346/2013 - 10/12 - il n'y a pas de lien de causalité probable entre la rupture du ligament croisé et l'évènement, et qu'en l'absence d'anomalie radiologique des pièces osseuses, les autres lésions ne sont pas non plus associées au traumatisme. Les déchirures du ménisque devraient s'accompagner d'une hémarthrose. D'une part, le Dr N_____ n'explique pas quelle serait la cause des lésions clairement constatées lors de l'IRM et de l'opération, si ce n'est qu'en mentionnant que l'assuré a déclaré ce sinistre un mois à peine après le début de son nouvel emploi, il sous-entend éventuellement que les lésions pourraient avoir été causées par un accident intervenu avant son engagement. A ce propos, l'assuré a spontanément rappelé qu'il avait subi un premier accident de judo ayant touché son genou en février 2011, alors qu'il était aussi salarié et assuré par la SUVA. Aucun élément du dossier ne permet de retenir qu'il aurait été victime d'un autre accident concernant ce genou entre celui de février 2011 et celui de janvier 2013, ni que des symptômes seraient apparus bien après l'accident de 2011, mais avant celui de 2013, ni que l'assuré se serait trouvé sans emploi et/ou non assuré à la SUVA entre ces deux évènements. Le Dr N_____ ne prétend pas non plus que ces lésions seraient d'origine malade ou dégénératives. D'autre part, à la différence de l'appréciation du Dr N_____, celle du Dr M_____ – qui n'est pas le médecin-traitant de l'assuré mais le spécialiste l'ayant opéré - est fondée sur un examen complet de l'assuré, elle tient compte de l'ensemble des éléments du dossier et elle est clairement motivée. Ce spécialiste explique de façon parfaitement convaincante et nuancée que, en présence de deux accidents, en 2011 et 2013, il est impossible d'affirmer avec certitude, quel pourcentage de chacune des lésions est dû au premier ou au second accident. Toutefois, tout en n'excluant pas que le ligament croisé antérieur ait déjà été traumatisé en 2011, il expose de façon claire que ni l'absence d'un franc hypersignal, ni l'absence d'une hémarthrose ou d'un important épanchement intra-articulaire ne permettent d'affirmer qu'il s'agirait d'une lésion ancienne. Surtout, il explique que la déchirure verticale du ménisque externe a souvent lieu au moment de la rupture d'un croisé antérieur et que, au vu du caractère inflammatoire de cette déchirure, il s'agissait d'une lésion récente qui ne pouvait pas passer inaperçue, sans symptôme, après le premier accident. S'agissant de la déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne, elle était avec certitude causée par l'accident du 3 janvier 2013, car cette lésion complexe n'avait pas pu passer inaperçue entre le premier et le deuxième accident. Le médecin retient donc, avec un degré de probabilité de plus de 50%, que le deuxième accident a causé la déchirure du ligament croisé intérieur et la déchirure du ménisque externe et, avec un degré de certitude de 100%, que l'accident du 3 janvier a causé la déchirure du ménisque interne. Le médecin étaye encore son argumentation par les constatations cliniques, certes fondées sur les dires du patient, mais qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause en l'espèce, selon lesquelles il ne présentait aucun symptôme et en particulier ni instabilité liée à une ancienne rupture du ligament croisé, ni

A/2346/2013 - 11/12 - lâchages liés à une ancienne déchirure méniscale, jusqu'à l'accident du 3 janvier 2013. D'ailleurs, l'intimée admet que les lésions ressortant de l'IRM de janvier 2013 ne peuvent pas avoir été causées par l'accident de février 2011 dans son écriture du 5 janvier 2014. Ainsi, et contrairement à ce que soutient la SUVA, il n'est pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire, car il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que les lésions du genou droit ressortant de l'IRM du

E. 10

janvier 2013 et de l'arthroscopie du 7 mars 2013 (rupture du ligament croisé antérieur, déchirure complexe de la corne du ménisque interne, déchirure verticale de la corne postérieure du ménisque externe) sont en lien de causalité probable avec l'accident du 3 janvier 2013. C'est donc à tort que la SUVA a confirmé par décision sur opposition du 19 juin 2013 sa décision de refus d'intervention et de couverture du cas, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident du 3 janvier 2013 et les lésions ayant nécessité une opération suivie d'un arrêt de travail le 7 mars 2013. 9. Le recours sera donc admis et la décision du 19 juin 2013 annulée. La cause sera renvoyée à la SUVA pour détermination des prestations d'assurance dues à l'assuré suite à l'accident du 3 janvier 2013 et nouvelle décision à ce sujet. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/2346/2013 - 12/12 - 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.