

# **GE\_GERICHTE ATAS/355/2018 vom 24. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_355\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_355_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/355/2018 du 24 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/355/2018 del 24 aprile 2018

## **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 - 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée au titre de l'assurance-accidents de l'intervention pratiquée en septembre 2016 et de l'incapacité de travail consécutive à cette intervention, plus particulièrement sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre l'accident subi le 6 mars 2016 et le kyste opéré.

### **E. 5**

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**

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a) ainsi que le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital (let. c). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne

représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1).

#### **E. 7**

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3).

A/1106/2017 - 8/12 - Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'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 se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 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

A/1106/2017 - 9/12 - 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 l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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. À 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**

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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

A/1106/2017 - 10/12 -

#### **E. 10**

En l'espèce, l'intimée a justifié son refus de prise en charge en se référant aux avis des Drs D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, lesquels concluent à l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 mars 2016 et le kyste opéré. On relèvera en premier lieu que contrairement à ce que la recourante semble alléguer, ces deux médecins sont spécialisés en orthopédie. Ils ont certes fondé leurs conclusions sur une analyse du dossier médical et non sur leur propre examen clinique. Cependant, conformément à la jurisprudence citée, cela ne suffit pas à

dénier toute force probante à leurs avis. Par ailleurs, compte tenu de la nature de la question médicale à trancher – soit l'étiologie accidentelle ou pathologique d'un kyste dans l'articulation du genou – un examen consistant essentiellement en une auscultation externe, pratiquée après l'ablation du kyste, n'amènerait guère d'éléments supplémentaires déterminants par rapport à l'analyse des constatations ressortant du rapport d'arthroscopie et des documents d'imagerie. En outre, l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ est motivé à satisfaction de droit. Ses conclusions reposent en effet sur l'absence de lésions traumatiques mises en évidence lors de l'arthroscopie et dans les rapports d'imagerie. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, il est exact que les seules anomalies révélées par l'IRM consistent en une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne et une tendinopathie rotulienne distale. Or, il s'agit là d'atteintes relevant d'un processus dégénératif, comme l'a du reste confirmé le médecin-conseil de l'intimée. Ce dernier a considéré que le traitement consécutif à l'accident de mars 2016 s'était achevé le 23 mars 2016. Il doit être suivi également sur ce point, dès lors que la date retenue correspond à celle que le Dr B\_\_\_\_\_ a avancée dans son rapport du 16 mai 2016. Il n'existe du reste aucun élément permettant de considérer que l'accident continuait de déployer des effets au-delà de cette date. D'une part, comme on l'a vu, aucune lésion traumatique du genou n'a été constatée. D'autre part, il ressort des anamnèses rapportées tant par le Dr B\_\_\_\_\_ que par la chirurgienne qui a opéré la recourante que ses douleurs sont survenues en été 2016, et n'ont ainsi pas été constantes depuis l'accident. Au vu de ces explications, qui sont convaincantes et ne sont au demeurant pas remises en question par le médecin-conseil de l'appelée en cause, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_. Les arguments de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En ce qui concerne le certificat de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2016, ce médecin y expose que la recourante n'avait jamais souffert du genou droit avant son accident, et semble en inférer une origine traumatique du kyste. Cependant, il s'agit là d'un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ». Or, 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 (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Cela vaut a fortiori lorsqu'un intervalle de quelques mois sans symptômes sépare l'accident de l'apparition des douleurs et de la découverte du kyste, comme en l'espèce. En ce qui concerne les avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, comme le souligne à juste titre l'intimée, ce médecin a modifié sa

A/1106/2017 - 11/12 - position entre son rapport de janvier 2017 et celui d'avril 2017, ce qui justifie que ses certificats soient appréciés avec une certaine prudence. De plus, dans le premier de ces documents, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'explique pas en quoi la position et le développement permettraient de conduire à la nature traumatique du kyste. Quant au fait que l'origine traumatique ne puisse « être totalement exclue », cela n'est pas un critère nécessaire pour le refus de prise en charge, dès lors qu'une origine malade démontrée non pas de manière certaine mais au degré de la vraisemblance prépondérante, comme c'est le cas en l'espèce, suffit. La recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, dès lors que la chambre de

céans dispose des renseignements nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, une telle mesure s'avère inutile. Compte tenu de ces éléments, la décision de l'intimée s'avère fondée.

**E. 11**

Eu égard à ce qui précède, le recours doit être rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1106/2017 - 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.