

GE_GERICHTE ATAS/457/2023 vom 20. Juni 2023

GE Cour de justice, 2023-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_457_2023

FR: GE_GERICHTE ATAS/457/2023 du 20 juin 2023

IT: GE_GERICHTE ATAS/457/2023 del 20 giugno 2023

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), 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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Après réception de la décision sur opposition le 14 juillet 2021, le délai de recours a été suspendu dès le lendemain, avant de commencer à courir le 16 août 2021 et d'arriver à échéance le 14 septembre 2021. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Il respecte également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.

E. 3

Est litigieuse la question de savoir si les atteintes du genou droit sont en lien de causalité avec l'accident, en particulier si l'assureur-accidents doit prendre en charge l'arthroscopie du 2 septembre 2020, l'incapacité de travail y consécutive jusqu'au 30 septembre suivant et les contrôles post-opératoires jusqu'au 11 juin 2021 chez le Dr C_____.

E. 3.1

Aux termes de 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. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, 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, 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

Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative

A/3092/2021 - 10/17 - relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal

fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

E. 3.3

En l'espèce, il n'a jamais été contesté par l'intimée que le recourant a été victime d'un accident, au sens de l'art. 4 LPGA, ayant touché le genou gauche. En revanche, l'intimée a infléchi sa position au sujet du genou droit en considérant, au stade de sa réponse au recours, que l'accident du 10 mars 2020 avait également touché le genou droit. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions du genou droit, autres que la déchirure partielle du LLI, constatées par les Drs C_____ et F_____, tombent sous la liste de l'art. 6 al. 2 LAA puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 5.2 et 5.3).

E. 4

Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 10 mars 2020, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical ainsi que l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

E. 4.1

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).

A/3092/2021 - 11/17 - 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.

E. 4.2

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 4.3

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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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

A/3092/2021 - 12/17 - ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 5.1

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. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 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. 5.3

Ainsi, 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. Étant donné l'importance conférée

A/3092/2021 - 13/17 - 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). Le juge ne s'écarte 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 6.1

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).

E. 6.2

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

E. 7

A/3092/2021 - 14/17 -

E. 7.1

En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise judiciaire. Dans son rapport du 3 mars 2023, l'expert pose le diagnostic de gonarthrose varisante bilatérale débutante symptomatique. Les lésions au genou droit ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, sauf l'entorse du ligament collatéral interne du stade II. L'accident a cependant décompensé la gonarthrose débutante du genou droit. L'état est stabilisé depuis février 2022 et c'est dès cette date que le statu quo sine a été atteint. Ce faisant, l'expert s'est fondé sur les déclarations du recourant, selon lesquelles il n'a jamais souffert de gonalgies avant l'accident et les douleurs sont stabilisées depuis février 2022. Pour l'expert, il n'y avait toutefois pas d'indication opératoire pour le genou droit, dans la mesure où une méniscectomie partielle par arthroscopie n'apporte pas de bénéfice dans le traitement des lésions méniscales dégénératives par rapport à un traitement non chirurgical. Il relève à cet égard que le recourant n'a pas bénéficié d'une physiothérapie ni d'une infiltration avant l'opération. Enfin, la capacité de travail est entière depuis février 2022, de l'avis de l'expert.

E. 7.2

Cette expertise a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant et repose sur un examen clinique approfondi. Ses conclusions sont motivées et convaincantes, sous réserve de ce qui suit. Ainsi, une pleine valeur probante peut en principe lui être attribuée.

E. 8

L'intimée conteste toutefois la valeur probante de cette expertise.

E. 8.1

En premier lieu, elle met en cause l'affirmation du recourant, selon laquelle il ne souffrait pas de gonalgies avant l'accident. Le médecin-conseil de l'intimée relève à cet égard que « sur la base de (sic) documents disponibles, je ne trouve pas d'explication qui puisse justifier

la survenue de douleurs en lien avec le sinistre annoncé ». Cependant, il n'y a aucun indice mettant en cause cette affirmation. En particulier, aucun médecin n'a attesté que le recourant lui aurait fait part de douleurs aux genoux avant l'accident. Par ailleurs, aussi bien l'expert que le Dr F_____ admettent qu'il s'agit d'une gonarthrose bilatérale débutante, ce qui rend d'autant plus crédible qu'elle n'était pas symptomatique avant cet évènement.

E. 8.2

Ce dernier médecin conteste en outre que le statu quo sine ne soit atteint qu'en février 2022. Il relève à cet égard que la symptomatologie n'est pas la conséquence de l'entorse du ligament collatéral médial, une telle atteinte guérissant généralement après six semaines au plus tard. Une entorse non guérie est de surcroît accompagnée de douleurs et d'une instabilité à l'examen clinique. Or, l'expert constate que le genou est stable. Partant, la douleur est en rapport avec les anomalies cartilagineuses et méniscales anciennes malades. Elle est tout au plus révélatrice de la pathologie, mais non le résultat de l'accident. Quant aux anomalies cartilagineuses et méniscales, selon la littérature médicale, les traumatismes des parties molles ne sont pas à même de dégager leurs effets de

A/3092/2021 - 15/17 - manière indéfinie et le retour à l'état antérieur intervient après quelques semaines. Si ce n'est pas le cas, il faut admettre que d'autres facteurs, non accidentels, jouent un rôle nettement prépondérant, voire exclusif, dans l'évolution du cas, même si l'assuré était asymptomatique auparavant. Toutefois, en l'occurrence, la symptomatologie douloureuse s'est stabilisée en février 2022 et, selon l'expert, c'est à ce moment que le statu quo sine a été atteint. En tout état de cause, la question de savoir si la décompensation provoquée par l'accident a duré aussi longtemps est largement théorique. En effet, seule est en cause la prise en charge de l'intervention du 2 septembre 2020 et des contrôles post-opératoires, ainsi que de l'incapacité de travail qui a suivi, étant précisé que le recourant a repris le travail de 1er octobre 2020 déjà. Il n'y a aucune raison de douter de ce que la symptomatologie douloureuse était encore présente plus de cinq mois après l'accident en rapport avec celui-ci, comme admis par l'expert, dans la mesure où le recourant ne souffrait pas des genoux auparavant et où il ne présente qu'une gonarthrose débutante. Rien n'indique que celle-ci se serait tout d'un coup aggravée après mars 2020, sans la survenance de l'accident, au point de nécessiter des interventions chirurgicales. Il paraît donc convaincant d'admettre une décompensation temporaire des lésions dégénératives des genoux, en particulier du genou droit, encore en septembre 2020. Or, tant et aussi longtemps qu'il s'avère que les suites de l'accident du 10 mars 2020 constituent encore une cause, même partielle, d'un traitement médical et/ou d'une incapacité de travail, l'intimée doit fournir des prestations d'assurance au recourant, et ce jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes causées par cet accident ne constituent plus une cause, même partielle, des troubles du genou droit du recourant et qu'ainsi, son atteinte à la santé ne s'explique plus que par les causes antérieures à l'évènement du 10 mars 2020 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_847/2016 du 5 avril 2017 consid 5.3.2). Ainsi, la chambre de céans admet avec l'expert qu'en septembre 2020, la symptomatologie douloureuse du genou droit était encore due à la décompensation des lésions dégénératives suite à l'accident, même si les douleurs n'étaient plus liées à l'entorse du ligament collatéral médial.

E. 9

Se pose encore la question de savoir si l'intervention du 2 septembre 2020 au genou droit était indiquée en raison des séquelles de l'accident. L'expert ne met pas en cause que c'est à cause de la symptomatologie douloureuse, suite à la décompensation d'un état maladif débutant, que cette opération a été effectuée. Toutefois, il estime qu'il n'y avait pas d'indication opératoire, dans la mesure où un traitement conservateur aurait été suffisant. C'est avis est également partagé par le Dr F_____. Ces médecins considèrent ainsi que ce traitement n'était pas adéquat.

A/3092/2021 - 16/17 - Certes, selon les connaissances médicales actuelles, les ménisectomies partielles par arthroscopie du genou n'apportent pas de bénéfice dans le traitement de lésions méniscales dégénératives, comme relevé par l'expert. Toutefois, le Dr C_____ a considéré qu'il s'agissait de lésions traumatiques, les douleurs étant apparues dans les suites de l'accident. Sous cet angle, la nécessité d'une arthroscopie du genou droit ne paraît pas critiquable. Au demeurant, le recourant a pu reprendre le travail rapidement après cette opération, soit après moins d'un mois, et il ne semble plus avoir été en incapacité de travail par la suite en raison des pathologies au genou droit, et cela sans physiothérapie ni infiltrations. Dans son courrier du 3 juin 2021 à l'assureur, le Dr C_____ indique que le recourant rapportait une nette amélioration lors du contrôle post-opératoire du 11 septembre 2020. Par courrier du 11 juin 2021, le Dr C_____ informe l'assureur avoir revu l'assuré le jour-même pour un contrôle post-opératoire de ses deux genoux. Selon ce médecin, l'évolution est favorable, si bien qu'il considère, sur la base de ses observations (marche possible sans douleurs significatives, escaliers et certains efforts douloureux par moments, absence de récurrence d'épanchement ou de lésions méniscales, etc.), que le traitement a pris fin le jour de cette consultation. Il peut en être conclu que le traitement chirurgical du genou droit a été en réalité efficace en l'espèce, même si ni l'expert ni le Dr F_____ ne l'auraient préconisé. Partant, dans la mesure où, selon l'expert, le statu quo sine n'était pas encore atteint en septembre 2020, l'intervention du 2 septembre 2020, l'incapacité de travail y consécutive et les contrôles post-opératoires sont à la charge de l'intimée.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision annulée. L'intimée sera en outre condamnée à prendre en charge l'arthroscopie du 2 septembre 2020 et les contrôles post-opératoires y relatifs, ainsi qu'à verser les indemnités journalières pour l'incapacité de travail en septembre 2020, pour autant que ces prestations n'ont pas été accordées par l'assureur-maladie du recourant et l'assurance perte de gain de l'employeur.

E. 11

Le recourant obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de dépens, à la charge de l'intimée.

E. 12

La procédure est gratuite.

A/3092/2021 - 17/17 - 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.