

# **GE\_GERICHTE ATAS/493/2019 vom 31. Mai 2019**

GE Cour de justice, 2019-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_493\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_493_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/493/2019 du 31 mai 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/493/2019 del 31 maggio 2019

## **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 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 4**

La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des prestations le 3 janvier 2018.

---

A/1059/2018 - 9/16 -

### **E. 5**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). b. 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 337 consid. 1 ; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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. 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 examinent 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). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 5.1). c. 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 événement (raisonnement "post hoc ergo propter hoc" ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., 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. 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

---

A/1059/2018 - 10/16 - 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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. 6**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) qui prévoit que certaines

lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs: les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions des ligaments et des tympan.

b. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 6c ; ATF 114 V 301 consid. 3c).

c. Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait

---

A/1059/2018 - 11/16 - été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

d. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

e. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2013 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

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 (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). b. 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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

---

A/1059/2018 - 12/16 - manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. 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

---

A/1059/2018 - 13/16 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

## **E. 9**

Enfin, 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. 10**

En l'occurrence, l'intimée a retenu, en se fondant sur l'avis du Dr L\_\_\_\_\_, que les troubles dont a souffert le recourant au membre inférieur gauche au-delà du 3 janvier 2018 n'engageaient plus sa responsabilité, ce que le recourant conteste. La Cour de céans relèvera au préalable que si certaines pièces se réfèrent au membre inférieur droit du recourant (cf. déclaration d'accident du 23 décembre 2016 et les rapports d'échographies des 17 janvier et 14 mars 2017), les parties ne contestent pas que le recourant a présenté des

douleurs uniquement au membre inférieur gauche. Il résulte des rapports versés au dossier que, suite à l'événement du 13 septembre 2016, le recourant a ressenti des douleurs au niveau du membre inférieur gauche et que les examens pratiqués ont mis en évidence une déchirure du muscle soléaire à la jonction myo-tendineuse achilléenne (rapports des 15 septembre 2016 du Dr D\_\_\_\_\_, 16 décembre 2016 du Dr F\_\_\_\_\_, 19 décembre 2016 et 9 janvier 2017 du Dr G\_\_\_\_\_, 2 mars et 3 septembre 2018 du Dr L\_\_\_\_\_) ou une déchirure/rupture achilléenne distale à la jonction myo-tendineuse (rapports des 17 janvier et 14 mars 2017 du Dr J\_\_\_\_\_, du 29 mars 2017 du Dr H\_\_\_\_\_, des 19 avril et 22 mai 2017 du Dr K\_\_\_\_\_, du 3 mai 2017 du Dr L\_\_\_\_\_, du 27 novembre 2017 du Dr M\_\_\_\_\_, des 15 janvier et 8 février 2018 du Dr P\_\_\_\_\_. En raison d'un deuxième accident survenu le 12 décembre 2016, lors duquel le recourant s'est tordu la cheville, une échographie a été réalisée le 16 décembre 2016, retrouvant la déchirure à la jonction myo-tendineuse du mollet

---

A/1059/2018 - 14/16 - gauche ainsi qu'un nouvel hématome sur la partie postérieure du tendon d'Achille (rapport du 16 décembre 2016 du Dr F\_\_\_\_\_. Par la suite, au vu de l'évolution défavorable, des examens complémentaires ont été effectués concluant à une tendinose du corps du tendon d'Achille gauche sur status post- déchirure partielle du corps du tendon d'Achille (rapports des 19 avril 2017 du Dr K\_\_\_\_\_, 21 novembre 2017 du Dr O\_\_\_\_\_, 27 novembre 2017 du Dr M\_\_\_\_\_) ou une cicatrisation hypertrophique fusiforme du tendon d'Achille (rapport du 15 janvier 2018 du Dr P\_\_\_\_\_. Qu'il s'agisse d'une déchirure musculaire ou d'une déchirure du tendon, cela correspond à une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. d et f OLAA. L'origine exclusivement dégénérative de cette lésion n'étant pas manifeste, l'intimée était dès lors tenue de prendre en charge les suites de cet événement, ce qu'elle a d'ailleurs fait jusqu'au 3 janvier 2018. Le 2 mars 2018, le Dr L\_\_\_\_\_ a estimé qu'à compter du 21 novembre 2017, l'accident du 13 septembre 2016 ne jouait plus de rôle. Selon lui, d'autres facteurs étaient venus s'ajouter, tels qu'une atteinte chronique préexistante au niveau du tendon d'Achille et un pied plat, responsables, à son avis, de manière vraisemblable, de la symptomatologie présentée par le recourant. Sur la base de ce rapport, l'intimée a confirmé, par sa décision litigieuse du 23 mars 2018, la fin du versement des prestations au 3 janvier 2018. La Cour de céans relèvera que si une éventuelle atteinte dégénérative préexistante - dont l'existence est évoquée uniquement par le Dr L\_\_\_\_\_, et ce, plus d'une année après l'accident du 13 septembre 2016 - a pu peut-être exercer une influence sur la survenance des lésions constatées (que ce soit une déchirure du muscle soléaire à la jonction myo-tendineuse achilléenne ou une déchirure achilléenne distale à la jonction myo-tendineuse), à l'aune de la règle particulière de la preuve posée par la jurisprudence applicable aux lésions assimilées, la simple vraisemblance dont fait état le Dr L\_\_\_\_\_ ne suffit pas pour admettre le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine. En effet, le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif des lésions doit être clairement établi. Or, on ne voit pas qu'une telle situation puisse être retenue, que ce soit dans les considérations du Dr L\_\_\_\_\_ ou dans les autres rapports versés à la procédure. En outre, les explications émises les 2 mars et 3 septembre 2018 par le Dr L\_\_\_\_\_ pour justifier l'absence de responsabilité de l'intimée dans les troubles encore présents après le 3 janvier 2018, selon lesquelles le tendon d'Achille gauche n'avait pas subi de lésion suite aux événements des

13 septembre et 12 décembre 2016, ne convainquent pas. En effet, force est de constater que, dans son rapport du 17 mai 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est expressément référé à l'échographie de contrôle du 14 mars 2017 constatant les stigmates de déchirure du tendon achilléen à sa jonction myo-tendineuse, sans en contester les conclusions. Qui plus est, lorsque ce médecin retient que le recourant présente une lésion de type dégénératif multifactorielle tendineuse à la jambe gauche, il n'en exclut pas pour autant le caractère accidentel, puisqu'il souligne que l'évolution défavorable est consécutive au fait que le

---

A/1059/2018 - 15/16 - recourant a subi deux traumatismes successifs au membre inférieur gauche (rapport du 3 septembre 2018). Enfin, on relèvera encore que ce médecin ne fait état d'aucun élément qui pourrait fonder un retour au statu quo, telle qu'une atteinte chronique similaire au mollet droit. Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimée, en se fondant sur l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_, a mis fin aux prestations légales au 3 janvier 2018. Le recours est donc admis et la décision sur opposition du 23 mars 2018 annulée. L'intimée devra reprendre le versement des prestations légales en faveur du recourant postérieurement au 3 janvier 2018. Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

---

A/1059/2018 - 16/16 - 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.