

GE_GERICHTE ATAS/510/2022 vom 31. Mai 2022

GE Cour de justice, 2022-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_510_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/510/2022 du 31 mai 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/510/2022 del 31 maggio 2022

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

À 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). La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1er janvier 2017.

A/425/2020 - 8/13 - Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2017.

E. 4.1

En vertu de l'art. 6 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 de la loi fédérale du

E. 4.2

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de

rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 afférente à la LAA [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 maladie 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 138 consid. 3a et les références). À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 p. 191 consid. 1c). La condition du lien de causalité naturelle 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. 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,

A/425/2020 - 9/13 - le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1 ; ATF 129 V 406 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 337 consid. 1 ; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité 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 p. 75 consid. 4b). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« *post hoc ergo propter hoc* », lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un lien de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 117 V 359 consid. 5a ; ATF 117 V 369 consid. 4a et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations

que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (status quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (status quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

E. 4.3

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se

A/425/2020 - 10/13 - 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, ni 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 importants 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. 3a ; ATF 122 V 157 ; RAMA 1996 n°U 256 p. 217 et les références).

E. 4.4

Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références).

E. 4.5

Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345 ; arrêt du Tribunal fédéral U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

E. 4.6

Enfin, quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 5. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir s'il existe une relation de causalité entre l'événement du 18 janvier 2017, voire l'événement du mois d'octobre 2016, et les lésions au genou droit dont souffre la recourante. La recourante s'est fondée sur l'avis de son médecin traitant, le Dr E_____.

alors que l'intimée s'est fondée principalement sur le rapport du Dr F_____. La chambre de céans a jugé qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique et traumatologique, qu'elle a confiée au professeur G_____, spécialiste en traumatologie au CHUV, eu égard aux avis divergents exprimés par les Drs E_____ et F_____ sur les diagnostics et l'origine de l'atteinte à la santé. 5.1 Sur la forme, le rapport d'expertise du Dr G_____ remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il comprend une analyse du dossier y compris des imageries effectuées, l'anamnèse, les indications subjectives de la recourante, les

A/425/2020 - 11/13 - observations cliniques, ainsi que l'appréciation du cas. L'expert a exposé pour quelle raison il ne pouvait pas retenir le diagnostic de lésions dégénératives posé par le Dr F_____ et sur quoi son analyse était fondée. Sur le fond, contrairement à l'avis exprimé par le Dr F_____ au sujet de l'expertise du Dr G_____, la conclusion de ce dernier, selon laquelle l'atteinte au genou droit résulte, de manière certaine, des chutes du mois d'octobre et décembre 2016 et ont été aggravé par une chute en janvier 2017, emporte la conviction de la chambre de céans pour les motifs suivants. L'expert fonde son expertise sur l'ensemble des avis médicaux au dossier et la lecture qu'il donne de l'imagerie. Il rejoint l'avis du Dr E_____ sur le diagnostic et l'origine traumatique de la lésion. L'expert a pris en compte les différentes chutes décrites par l'assurée. Le fait de s'étonner, comme le fait le Dr F_____, que cette dernière ait continué à travailler plutôt que d'être mise en arrêt à la suite d'une chute dans un escalier sur son lieu de travail en octobre 2016 et après avoir ressenti un lâchement en décembre 2016, ne saurait suffire à considérer que ces événements n'ont pas eu lieu ou qu'ils n'auraient pas causé de lésions. En effet, le 20 janvier 2017, l'employeur a fait une déclaration d'accident dans laquelle il indiquait qu'avant la chute du 18 janvier 2017 son employée avait déjà chuté à deux reprises, sans qu'elle ne se souvienne des dates de ces événements et sans qu'elle ne consulte de médecin. Quant à la gravité des lésions, force est de constater que c'est à la suite de ces événements et compte tenu des douleurs en ayant résulté que la recourante a consulté un médecin à la fin de l'année 2016 et a passé un IRM le 11 janvier 2017, soit avant l'événement du 18 janvier 2017. Le Dr F_____ n'a ainsi pas pris en compte l'intégralité des éléments déterminants du dossier pour se prononcer. Il n'a en revanche pas contesté que le dernier événement était accidentel et qu'il avait eu des répercussions sur la capacité de travail jusqu'en avril 2017. L'expert a dès lors une vision plus complète du dossier et son appréciation n'en n'est que plus convaincante. Si l'expert et le Dr F_____, tous deux médecins disposant de connaissances médicales spécialisées dans la discipline médicale pertinente et qui se sont appuyés sur la littérature topique, ont une opinion divergente concernant le caractère dégénératif ou traumatique des lésions, il sied de constater que le Prof. G_____ a expliqué de manière convaincante ses diagnostics sur la base en particulier des images de novembre 2021 tout en expliquant pour quelle raison les images sur lesquelles le Dr F_____ s'était pour sa part fondé étaient de qualité médiocre et impropres à retenir les diagnostics de lésions dégénératives. En outre, l'évolution du genou après l'intervention d'avril 2019 permet de confirmer l'avis de l'expert et semble aller à l'encontre de celui du médecin mandaté par l'intimée à titre d'expert. Pour ces motifs, rien ne permet de douter de la valeur probante de l'expertise du Dr G_____ malgré l'avis divergent du Dr F_____.

A/425/2020 - 12/13 - 5.2 La chambre de céans retiendra dès lors les diagnostics posés par l'expert qu'elle a mandaté et que le statu quo sine dans l'activité habituelle n'a été atteint selon l'expert que le 1er janvier 2020, de sorte que la recourante a droit à des indemnités

journalières jusqu'à cette date, si tant est que les autres exigences d'assurances sont remplies (durée du droit aux prestations). En effet, il ne pouvait être attendu de l'assurée qu'elle change de profession entre le 1er août 2019, date à laquelle sa capacité de travail dans une activité adaptée a été retrouvée, et le 1er janvier 2020, date à laquelle elle pouvait reprendre son activité habituelle. Au vu de ce qui précède et de l'expertise réalisée, les auditions requises par la recourante sont, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutiles. 5.3 La recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'500.-. 5.4 Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/425/2020 - 13/13 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 6

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.