

## **GE\_GERICHTE ATAS/582/2013 vom 6. Juni 2013**

GE Cour de justice, 2013-06-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_582\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_582_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/582/2013 du 6 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/582/2013 del 6 giugno 2013

### **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 depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique

A/634/2013 - 5/10 - 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). La compétence de la Cour de céans 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 point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations le 2 mars 2011, respectivement le 26 octobre 2011. Concrètement, il s'agit de déterminer si un lien de causalité a subsisté, entre les problèmes de santé de la recourante et l'accident du 18 février 2011, au-delà du 2 mars 2011 et, entre les problèmes de santé et l'accident du 13 septembre 2011, au-delà du 26 octobre 2011.

#### **E. 5**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). 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.

A/634/2013 - 6/10 -

#### **E. 6**

Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 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 celle-ci. 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 dans les assurances sociales. 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 ; ATFA non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). Par ailleurs, 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 (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. 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 (ATF non publié 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

#### **E. 7**

L'art. 36 LAA régit la responsabilité de l'assureur-accidents en cas de concours de diverses causes de dommages. Selon l'alinéa premier de cet article, 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. Cette disposition rompt partiellement avec le principe d'une assurance causale en faveur d'une assurance finale, c'est-à-dire d'une assurance appelée à verser des prestations indépendamment de l'origine de l'événement assuré. Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est en revanche pas applicable lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par

A/634/2013 - 7/10 - exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Soziale Sicherheit, SBVR, 2007, pp. 929-930 nn. 287 et 290). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'assuré est similaire à celui qui existait immédiatement 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). La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 1994 n°U206 p. 328 consid. 3b; ATFA non publié U 270/00 du 31 janvier 2001, consid. 2b). Si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (ATFA non publié U 149/99 du 7 février 2000, 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 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

A/634/2013 - 8/10 - 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 ; ATFA non publié 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. A 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**

En l'espèce, la recourante est atteinte depuis au moins 2004 d'une pathologie chondrale pour laquelle elle a d'ores et déjà subi deux opérations chirurgicales dont la dernière a été pratiquée par le Dr I\_\_\_\_\_ en 2007. C'est sur ce terrain que la recourante a été victime d'un premier accident non professionnel le 18 février 2011, à la suite duquel les douleurs sont réapparues au niveau de son pied gauche. Une IRM a établi l'existence d'une lésion ostéochondrale de grade II avec une érosion complète du cartilage sous-jacent sur une surface de 5mm<sup>2</sup>, des séquelles chirurgicales en périphérie de la malléole externe et un ancien arrachement osseux consolidé au niveau de l'insertion des trois faisceaux du ligament collatéral externe sur la malléole externe, diagnostics au demeurant confirmés par le Dr I\_\_\_\_\_. Le 13 septembre 2011, la recourante a été victime d'un second accident qui lui a causé des contusions sur tout le côté gauche du corps. Une nouvelle IRM a été effectuée et, cette fois, la lésion ostéochondrale du dôme astragien antéro-interne présentait un aspect plus marqué.

A/634/2013 - 9/10 - Le médecin conseil de l'intimé, le Dr K\_\_\_\_\_ a émis en date du 16 août 2012 un avis basé sur l'étude des documents versés au dossier. Certes, son rapport ne saurait être qualifié de « fouillé » (il consiste - en dehors de la récapitulation des faits - en quelques lignes dans lesquelles le médecin explique que le premier évènement lui paraît relativement mineur), mais ses conclusions sont claires et corroborées par le fait que l'assurée n'a consulté que deux mois plus tard et que les clichés, tant après le premier qu'après le second évènement, n'ont mis en évidence qu'une ancienne lésion ostéochondrale, avec une discrète évolution entre les deux. En l'occurrence, aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence. En particulier, le Dr L\_\_\_\_\_, s'il fait certes allusion au fait que l'évolution, après la seconde intervention, a été bonne, n'évoque que la lésion ostéochondrale. Il exclut toute instabilité ou anomalie au niveau des divers tendons testés autour de la cheville, indiquant seulement que la cicatrice antéro-externe est redevenue sensible après les accidents. En conséquence, il n'y a effectivement nul indice parlant en faveur d'une lésion traumatique, de sorte qu'il n'y a pas de raisons de s'écarter de l'avis - certes sommaire - du Dr K\_\_\_\_\_ selon lequel il faut considérer que le statu quo sine a été atteint six semaines après chacun des accidents et qu'au-delà, le lien de causalité entre ces derniers et les douleurs subsistant doit être nié. Au vu de ces éléments, on ne saurait en particulier exiger de l'assureur-accidents la prise en charge de la nouvelle intervention chirurgicale envisagée.

### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/634/2013 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Marie-Catherine SECHAUD

La Présidente

Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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