

GE_GERICHTE ATAS/590/2017 vom 29. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_590_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/590/2017 du 29 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/590/2017 del 29 giugno 2017

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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, le recours est recevable (art. 62 al. 1, 89B et 89C

A/2759/2016 - 8/14 - de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 38 al. 4 et 60 al. 1 LPGA).

E. 4

Est litigieuse la prise en charge par l'intimé du traitement des atteintes - telles que mises en évidence par l'IRM du 4 mars 2016 - que l'assurée présente encore au genou gauche, singulièrement la question de savoir si ces atteintes sont en lien de causalité avec l'accident du 24 avril 2009.

E. 5

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).

E. 6

a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, 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, 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 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). c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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

A/2759/2016 - 9/14 - 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). d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 7

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le

devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). 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 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).

A/2759/2016 - 10/14 -

E. 8

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - 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 atteinte 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 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 9

a. 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. 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). b. 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

A/2759/2016 - 11/14 - 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). c. 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 (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. 10

En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'intimée, se fondant sur l'avis du Dr E_____, a retenu que les lésions apparaissant sur l'IRM du 4 mars 2016 - ulcération cartilagineuse du condyle fémoral interne et chondropathie fémoro- patellaire de grade IV, notamment - résultaient de l'évolution naturelle d'atteintes malades antérieures à l'accident du 24 avril 2009, sans lien de causalité avec celui-ci. En conséquence, il a refusé de prendre en charge le traitement médical de l'assurée dès le 1er mars 2016. La recourante argue pour sa part que son arthrose sévère du genou gauche est bel et bien en relation de causalité avec l'accident de 2009, comme en témoignent les rapports du Dr G_____, de sorte que l'intimé doit continuer à prendre en charge toutes les suites de cet accident, y compris sa « rechute » de mars 2016.

E. 11

En l'espèce, on se trouve en présence d'opinions médicales diamétralement opposées, émanant de deux spécialistes en chirurgie orthopédique, soit le Dr E_____, médecin-conseil de l'assureur, et le Dr G_____, médecin de l'assurée. Selon le Dr E_____, la chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale de l'assurée est antérieure à l'accident d'avril 2009, car elle apparaissait déjà sur l'IRM réalisée en juin 2009 - deux mois seulement après cet accident - et n'aurait pas pu se développer dans un intervalle aussi bref, un délai de quinze à vingt ans depuis la déchirure ligamentaire lui paraissant nécessaire. De surcroît, une IRM réalisée quatre ans avant l'accident, en 2005, avait déjà montré des lésions dégénératives débutantes du ménisque interne (bord libre irrégulier, discrète subluxation et fissuration), qui se répercuteraient inéluctablement sur l'état du cartilage après quelques années. L'IRM de 2016, comme celle de 2009, montre des

A/2759/2016 - 12/14 - lésions chondromalaciques du condyle fémoral interne, avec une ulcération cartilagineuse, un amincissement du cartilage fémoro-tibial interne, et une dégénérescence du ménisque interne, déjà observée en 2005. Ainsi, le Dr E_____ estime que cette IRM ne fait que refléter l'évolution naturelle d'une gonarthrose antérieure à l'accident. Le Dr G_____ rétorque que les atteintes dont l'assurée souffre encore au genou gauche sont bel et bien d'origine traumatique, en lien de causalité avec l'accident de 2009. En effet, l'IRM réalisée en 2005 n'a pas montré d'arthrose ou de pré-arthrose. En outre, l'affirmation selon laquelle les lésions dégénératives débutantes du ménisque observées en 2005 se répercuteraient inéluctablement sur l'état du cartilage après quelques années lui paraît hâtive, car selon la littérature médicale, de telles lésions - qui atteignent une prévalence d'environ 73% - sont « extrêmement banales » à l'âge de 41 ans. Par ailleurs, il observe qu'après la déchirure accidentelle du ligament croisé antérieur survenue en avril 2009, le genou a travaillé pendant presque une année dans de mauvaises conditions, ce qui a vraisemblablement favorisé une atteinte du cartilage. De surcroît, il est apparu à la suite de l'opération chirurgicale de mars 2010 que le greffon du ligament croisé antérieur avait été mal positionné (cf. rapport d'IRM du 7 janvier 2011), ce qui est à l'origine d'une évolution certaine vers une arthrose. Enfin, il sied de relever que le Dr D_____, sans avoir été expressément invité à se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident et les atteintes du genou gauche de l'assurée, a indiqué dans son rapport opératoire de juillet 2011 que la chondropathie de stade III de la trochlée était « probablement due à la malposition du LCA ».

E. 12

a. La Chambre de céans constate que les rapports des Drs E_____ et G_____ émanent de spécialistes et qu'ils sont suffisamment motivés l'un et l'autre pour que l'on ne puisse leur dénier toute valeur probante. Dans la mesure où le bilan IRM réalisé en juin 2009 - deux mois seulement après l'accident d'avril 2009 - évoquait déjà une « ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale » du genou gauche, on peut concevoir que l'assurée ait souffert d'une telle atteinte avant son accident de ski. Toutefois, au regard des arguments avancés par le Dr G_____, il faut se demander si cette gonarthrose, fût-elle préexistante, a été aggravée par l'accident et dans l'affirmative pendant combien de temps. Or, les rapports au dossier ne permettent précisément pas d'établir si et, le cas échéant, depuis quand cette gonarthrose a fait place à l'état de santé dans lequel la recourante se serait trouvée sans l'accident du 24 avril 2009 (statu quo sine). b. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la

A/2759/2016 - 13/14 - fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c. Au regard des avis motivés et contradictoires des Drs E_____ et G_____, des doutes subsistent quant au lien de causalité entre les atteintes du genou gauche relatées dans le rapport d'IRM du 4 mars 2016 et l'accident du 24 avril 2009, notamment sous l'angle d'un éventuel statu quo sine, de sorte qu'une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera

renvoyée à l'intimé pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 21 juin 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

E. 13

La recourante, qui est représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

E. 14

La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

A/2759/2016 - 14/14 - 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.