

GE_GERICHTE ATAS/6/2017 vom 9. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_6_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/6/2017 du 9 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/6/2017 del 9 gennaio 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

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).

A/4173/2015 - 13/23 -

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 droit du recourant à des prestations de l'intimée suite à l'annonce de rechute en date du 2 septembre 2014, plus particulièrement sur le point de savoir si les troubles que le recourant présente depuis juin 2014 constituent une rechute de l'accident subi en 2008.

E. 5

Selon 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'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. De jurisprudence constante, la notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Le droit au versement de prestations

de l'assurance-accident suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. Sont des causes naturelles toutes les circonstances dans lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière ou en même temps. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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 de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177, consid. 3.1). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuve, la décision est défavorable à la partie qui entendait déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319, consid. 5a). Il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge et non au médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate est remplie. Selon la jurisprudence, il y a rapport de causalité 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

A/4173/2015 - 14/23 - 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) L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvés à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335, consid. 4c).

E. 6

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (cf. art. 11 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). 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 137 consid. 3a). 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 293 consid. 2c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2009 du 5 octobre 2010 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêts du Tribunal fédéral 8C_562/2010 du 3 août 2011, consid. 5.2 et 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 3; RAMA 1997 no U 275 p.191

consid. 1c). En cas de rechute ou de séquelles tardives, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3).

E. 7

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 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2).

E. 8

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)

A/4173/2015 - 15/23 - 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). 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). b. 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). 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 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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).

A/4173/2015 - 16/23 - L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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. cc).

E. 9

En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir confirmé, sur opposition, la décision du 16 janvier 2015, par laquelle elle a refusé de reprendre le service des prestations d'assurance au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans accident doit être considéré comme atteint le 19 février 2012, respectivement le 18 mars 2012. Il fait valoir que pour parvenir à cette conclusion, l'intimée ne s'est fondée que sur l'avis de son médecin d'arrondissement, sans avoir effectué un complément d'instruction, à savoir notamment la mise en œuvre d'une expertise. Il considère qu'en raison des divergences d'opinion entre le médecin de l'intimé et le médecin traitant, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise ; selon lui, l'avis d'un expert neutre aurait été adéquat, de sorte qu'à défaut, l'instruction serait lacunaire. Il convient dès lors d'examiner si, au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, l'avis du Dr E_____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. a. Le médecin d'arrondissement de l'intimée a tout d'abord procédé à l'examen de l'assuré, en date du 13 octobre 2014, suite à l'annonce de rechute du 2 septembre 2014. La chambre de céans constate que l'examen médical se fonde sur une étude attentive du dossier, depuis la survenance et l'annonce de l'accident survenu à fin 2008, l'évolution de l'état de santé telle que constatée et décrite par les divers rapports médicaux du médecin traitant, jusqu'au rapport du 11 novembre 2012 de ce dernier, confirmant la reprise de l'activité professionnelle à 100 % depuis le 19 septembre (recte : mars) 2012, rapport relevant notamment le risque de persistance d'arthrose du compartiment interne du genou droit, ainsi que les nouveaux éléments rapportés dans le cadre de la rechute de 2014, depuis l'annonce d'apparition de nouveaux symptômes en juin 2014, et la réalisation d'une IRM du genou droit le 10 septembre 2014, cet examen ayant notamment montré une gonarthrose fémoro-patellaire avec rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médian et la présence de lésions cartilagineuses profondes condyliennes de grade 3, ainsi que l'absence de lésions cartilagineuses sur le compartiment fémoro-tibial latéral, le ménisque étant intact à ce niveau ; cet examen confirmant également la présence de multiples altérations cartilagineuses profondes sur la trochlée et sur la crête patellaire. Mais le médecin-conseil a également pris en compte les éléments ressortant des précédents accidents pris en charge

par la CNA

A/4173/2015 - 17/23 - qui concernaient plus spécialement le genou gauche, et qui relevaient déjà la présence de gonarthrose. Le médecin d'arrondissement a en outre relevé et pris en compte les déclarations et/ou plaintes de l'assuré, avant de procéder à l'examen du patient, tant de son genou droit que de son genou gauche. Il a relevé, dans la discussion du cas, que le bilan radiologique initial, dans les jours qui ont suivi l'accident de novembre 2008, avait mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire avec l'accroissement de l'interligne fémoro-tibial interne et des remaniements ostéophytaires des pôles supérieur et inférieur de la rotule avec ostéophytose sur le versant rotulien ; qu'un bilan complémentaire par IRM, réalisée trois ans plus tard, avait confirmé cette arthrose fémoro-tibiale interne, marquée, avec une amputation du bord libre du ménisque interne et une arthrose fémoro-patellaire externe marquée. Il relève que l'assuré avait bénéficié ainsi le 9 février 2012 d'une arthroscopie lors de laquelle il a été constaté des lésions cartilagineuses très importantes. Une régularisation méniscale avait été réalisée. Enfin, l'examen IRM du 10 septembre 2014, dans le cadre de la rechute annoncée en 2014, avait confirmé l'existence de la gonarthrose avec des lésions cartilagineuses profondes diffuses et une rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médial. Au vu de ces constatations, le médecin conseil de l'intimée avait alors conclu que l'événement du 21 novembre 2008 avait déstabilisé de façon passagère l'état antérieur de ce droit, un statu quo sine et étant fixé le 19 février 2012 (en réalité, et comme relevé dans son rapport complémentaire du 1er octobre 2015, au 18 mars 2012). Il en concluait que la rechute annoncée en 2014 est donc en relation de causalité au mieux possible avec l'événement initial. Dans son rapport complémentaire du 16 octobre 2015, le Dr E_____ a confirmé que l'examen IRM du 10 septembre 2014 mettait en évidence des lésions de type dégénératif marquées avec des ulcérations cartilagineuses de grade 3 et une rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médial. Il a précisé qu'il s'agissait là d'une lésion méniscale de type dégénératif et non pas une pathologie post-traumatique, l'ensemble d'ailleurs rentrant dans un tableau d'ulcérations cartilagineuses s'étendant également au compartiment fémoro-patellaire. Il a également relevé des lésions arthrosiques avec des ostéophytes sur les condyles interne et externe. Il a confirmé son interprétation initiale des conséquences de l'événement de novembre 2008, soit la déstabilisation passagère de l'état antérieur du genou droit. Il persiste enfin dans ses conclusions, aux termes desquelles les lésions dégénératives diffuses sur ce genou et le type de lésion méniscale évoquent une rupture suite à des phénomènes dégénératifs arthrosiques et permettent de conclure que la rechute annoncée en 2014 est en relation de causalité « au mieux possible » avec l'événement initial. b. Le recourant conteste les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée, au motif qu'il ne se plaignait pas de fortes douleurs à son genou droit avant l'accident de 2008. Selon lui, le Dr D_____ considérerait comme clairement établi que les troubles dont il souffre à son genou droit seraient toujours liés à l'accident

A/4173/2015 - 18/23 - survenu en 2008, concernant la lésion méniscale, avec une probabilité de plus de 50 %. Le recourant se prévaut encore du fait qu'en 2012, l'intimé avait déjà accepté la prise en charge, notamment pour une intervention chirurgicale, pour la même problématique. Il allègue enfin que son état de santé, à savoir la rechute, était prévisible, son médecin traitant ayant signalé à l'époque (dans son rapport du

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4173/2015 - 23/23 - 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.