

# **GE\_GERICHTE ATAS/705/2014 vom 11. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_705\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_705_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/705/2014 du 11 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/705/2014 del 11 giugno 2014

## **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 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.

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux indemnités journalières au 15 avril 2013.

### **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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

A/2884/2013 - 11/15 - (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). 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. 6**

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit 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 (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA). La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales: une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 460/05 consid. 3.2 ; FRESARD / MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoires, SBVR, 2ème éd., n. 152 p. 895). Compte tenu de la formulation de l'art. 6 LPGA (utilisation des termes « résulter » en français et « bedingt » en allemand), un lien de causalité entre l'atteinte à la

A/2884/2013 - 12/15 - santé et l'incapacité de travail doit exister (Ueli KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, n° 43, p. 164 et ATSG-Kommentar, 2009, n° 6 ad Art. 6).

## **E. 7**

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. 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). 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 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. 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). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un

A/2884/2013 - 13/15 - document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). 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).

#### **E. 8**

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. 9**

En l'espèce, il convient de déterminer si le recourant a recouvré sa pleine capacité de travail dans son activité après le 15 avril 2013, nonobstant l'incapacité de travail attestée par le Dr F\_\_\_\_\_. L'intimée considère que tel est le cas, se fondant notamment sur l'appréciation de la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, ainsi que sur le rapport relatif à l'IRM du 15 avril 2013. La chambre de céans relève que le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2013 intègre un résumé de tous les rapports médicaux antérieurs, de sorte qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant peut, au vu de l'IRM du 15 avril 2013, exercer ses tâches dans un travail administratif et se rendre au travail en transports publics, si nécessaire avec l'aide d'une canne, sont claires et dépourvues de contradictions. Elles sont également motivées,

puisqu'elles tiennent compte des limitations fonctionnelles retenues ainsi que d'une évolution favorable de l'atteinte sur le plan objectif, notamment de la disparition pratiquement complète, selon l'IRM du 15 avril 2013, de l'œdème et de la fracture sous-chondrale à la zone portante condylienne fémorale externe. En outre, les limitations fonctionnelles décrites, soit les montées et descentes d'escaliers fréquentes et le port de charges, apparaissent compatibles avec une activité professionnelle de type administratif. Au vu de ce qui précède, ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le fait que le médecin conseil n'a pas examiné le recourant n'a pas d'incidence sur sa valeur probante, puisqu'il se fonde sur un nombre suffisant d'appréciations médicales consécutives à un tel examen, émanant

A/2884/2013 - 14/15 - notamment des médecins du recourant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). De surcroît, les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_ sont corroborées par celles du Dr G\_\_\_\_\_, qui a retenu que le recourant pouvait reprendre une activité professionnelle administrative en respectant certaines limitations fonctionnelles dès le 21 février 2013 déjà. Ces conclusions sont également appuyées par les déclarations du recourant du 17 avril 2013, qui a fait état d'une bonne évolution depuis sa rechute, son genou n'étant plus tuméfié sauf en cas de marche prolongée (20 minutes), malgré des douleurs occasionnelles et une limitation de la flexion (cf. rapport du 26 avril 2013 ; procès-verbal d'audition du 17 avril 2013). Les rapports divergents du Dr F\_\_\_\_\_ ne permettent pas de s'écarter des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_, dès lors qu'ils sont peu motivés et ne mettent pas en exergue d'élément dont cette dernière n'aurait pas tenu compte. Il sied de rappeler que selon la jurisprudence, l'incapacité de travail doit être appréciée en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré. Or, en l'espèce, le Dr F\_\_\_\_\_ a reconnu avoir apprécié l'incapacité de travail du recourant dans une activité d'électricien, alors que celui-ci travaillait jusqu'à sa rechute comme employé de bureau. Dans une activité adaptée telle qu'une activité de bureau, le médecin n'a pas exclu que le recourant aurait pu reprendre le travail dès février 2013, précisant encore qu'il pouvait conduire (cf. notamment procès-verbal d'enquêtes du 27 novembre 2013 ; rapport du 22 juillet 2013). Par conséquent, les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, qui ne se rapportent pas à l'activité professionnelle réellement exercée, ne peuvent être retenues. Contrairement à ce que soutient le recourant, on relèvera qu'il ne travaillait pas régulièrement comme électricien, ses tâches étant essentiellement de nature administrative, au vu notamment de son contrat de travail et de la description du poste effectuée par son employeur. Compte tenu de ce qui précède, le rapport de la Dresse I\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2013 emporte la conviction de la chambre de céans. Par conséquent, l'intimée était fondée à considérer que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée de type administratif après le 15 avril 2013 et, partant, à nier son droit aux indemnités journalières postérieurement à cette date. Pour le surplus, le point de vue de l'employeur quant à l'incapacité de travailler du recourant n'a pas été pris en compte par l'intimée, à l'instar de la chambre de céans, les documents médicaux étant suffisants à cet égard.

#### **E. 10**

Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté.

#### **E. 11**

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a et g LPGa).

A/2884/2013 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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