

GE_GERICHTE ATAS/71/2012 vom 1. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_71_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/71/2012 du 1 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/71/2012 del 1 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

En l'espèce est litigieuse la question de savoir si les atteintes au genou droit de la recourante sont dans un rapport de causalité avec des accidents survenus le 25 septembre 2000 et/ou le 20 septembre 2008.

E. 4

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps

A/4150/2010 - 12/19 - humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : 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 cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406;). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel

est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon 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. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, 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 requis en matière d'assurances sociales. 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 (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). d) 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

A/4150/2010 - 13/19 - 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

E. 5

a) Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 352 consid. 3a). b) L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b

et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b). c) C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). 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

A/4150/2010 - 14/19 - 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). d) Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré.

E. 6

En l'espèce, le Dr P_____ a exposé de façon convaincante, dans son rapport du 22 mars 2011, qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'accident de septembre 2000 n'a pas pu provoquer les atteintes au genou droit constatées lors de l'arthroscopie effectuée en décembre 2008. En effet, selon ce médecin, la formation d'une déchirure du ménisque avec déchirure radiaire et fragment sous forme de languette luxée en 2000 aurait mené depuis longtemps, soit en principe immédiatement après l'évènement, à des troubles graves qui auraient rendu nécessaires des examens approfondis et des mesures thérapeutiques. Or, il n'est pas contesté que cela n'était pas le cas. De surcroît, le Dr M_____ n'a pas contredit cette appréciation. En effet, dans le courrier qu'il a adressé le 30 mai 2011 à la recourante, il a considéré que les atteintes litigieuses étaient la conséquence d'un accident du 20 septembre 2008. Il a ajouté qu'il s'agissait d'un évènement d'une certaine importance, dès lors qu'il avait provoqué une incapacité de travail du 22 septembre au 28 octobre 2008. Il s'est étonné que le P_____ n'en ait pas fait mention dans son rapport. Cela n'est cependant guère surprenant, dès lors que non seulement la recourante a omis de déclarer cet accident à l'intimée, mais ses médecins ne l'ont pas non plus mentionné avant que la recourante saisisse la Chambre de céans.

E. 7

Il s'agit donc d'examiner si la recourante a effectivement subi un accident en date du 20 septembre 2008 et, dans l'affirmative, si celui-ci est la cause des atteintes litigieuses. a) Selon l'art. 4 LPGA, on entend par 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. La notion d'accident se décompose 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 soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 117 consid. 2.2 et les arrêts cités). L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie lorsque l'assuré fait état de douleurs, apparues pour la première fois, après avoir accompli un geste de la vie courante (en se levant, en s'asseyant, en se couchant, en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que ce geste n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé de ce point de vue. La notion de cause extérieure suppose en effet un événement générant un risque de lésion accru. Tel est le cas, notamment, lors d'un changement de position du corps, qui est fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, accomplissement d'un geste violent ou d'un mouvement en étant lourdement chargé,

A/4150/2010 - 16/19 - changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATFA non publié du 23 novembre 2004, U 315/03). b) En l'occurrence, la recourante a indiqué dans la déclaration d'accident du 13 février 2009, avoir ressenti une douleur dans le genou droit, en marchant le long de la Seymaz, et qu'il s'agissait de la suite de l'accident du 25 septembre 2000. Le Dr L _____ a également mentionné dans son rapport du 3 juin 2009 et son courrier du 7 mars 2011 à la Cour de céans qu'il s'agissait d'une suite de ce dernier événement. Le Dr M _____ s'est aussi uniquement référé à cet accident, dans ses rapports du 3 août 2009, du 11 février et du 23

août 2010 à l'intimée, ainsi que son courrier du 8 mars 2011. Comme relevé ci-dessus, il a mentionné un nouveau traumatisme survenu le 20 septembre 2008 pour la première fois dans un courrier du 30 mai 2011 à la recourante, en précisant que ce traumatisme avait été suffisamment important pour motiver une incapacité de travail de plus d'un mois. Cela traduit déjà un doute quant au fait que cet évènement était apte à provoquer les lésions en cause. Quant au Dr L _____, ce n'est que sur question de la Cour de céans qu'il a déclaré le 30 août 2011 que la recourante avait consulté le 21 septembre 2008 la Clinique des Grangettes "pour les suites d'un accident survenu en marchant" et qu'elle avait fait une chute en mettant le pied dans un trou. Au vu de ces éléments, il ne peut être admis que la recourante ait subi un accident au sens de la loi en date du 20 septembre 2008. En effet, elle a déclaré en premier lieu avoir ressenti une douleur dans le genou en marchant, de sorte qu'un facteur extérieur extraordinaire fait défaut. Cela explique aussi qu'elle ait pu penser qu'il s'agissait d'une thrombophlébite et ait omis de déclarer un accident, et que ses médecins n'aient pas mentionné un nouvel accident, survenu le 20 septembre 2008, dans leurs rapports. Ce n'est qu'après la décision sur opposition négative du 26 octobre 2010 de l'intimée que la recourante a fait tout d'un coup état d'une chute en septembre 2008. Certes, les lésions mises en évidence lors de l'arthroscopie ont les caractéristiques d'un traumatisme accidentel. Cependant, cela est insuffisant pour admettre l'existence d'un accident en septembre 2008, d'autant moins que, selon le Dr P _____, des altérations de nature dégénérative des tissus du ménisque peuvent aussi entraîner des fissures radiaires, telles que la recourante les a présentées. Il est à cet égard à rappeler qu'il existe aussi des fractures de fatigue qui ne sont pas provoquées par un accident. Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, un accident en date du 20 septembre 2008 ne peut être retenu.

E. 8

Se pose encore la question de savoir si la recourante peut bénéficier des prestations de l'assureur-accidents en considérant qu'il s'agit d'une lésion assimilée au sens de

A/4150/2010 - 17/19 - l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202).

E. 9

a) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 OLAA, édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145

consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). c) En cas de lésions corporelles assimilées à un accident, toutes les conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure. L'existence d'une cause extérieure - soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance - revêt une portée particulière en ce sens qu'à défaut, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, il faudra conclure que les troubles constatés sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance- maladie (ATF 129 V 468 consid. 4, 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b).

E. 10

En l'occurrence, il y a lieu de considérer qu'aucun facteur extérieur n'a déclenché les atteintes, dès lors que, comme constaté ci-dessus, la recourante a déclaré en premier lieu avoir ressenti une douleur dans le genou en marchant, et que cette

A/4150/2010 - 18/19 - version doit être retenue, au vu des circonstances, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Aucune lésion assimilée au sens de la loi ouvrant le droit aux prestations ne peut donc être admise. Par conséquent, l'intimée était fondée à refuser ses prestations pour la pose de la prothèse du genou droit.

E. 11

Le recours sera donc rejeté.

E. 12

La procédure est gratuite.

A/4150/2010 - 19/19 -

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.